

Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak: Pembelajaran dari Nepal & Sri Lanka

Peneliti:

- Ah Maftuchan
- Likke P. Putri
- Tiara Marthias
- Wiko Saputra

Editor: Victoria Fanggidae

Brot
für die Welt

peed
Evangelischer
Entwicklungsdienst



P R A K A R S A
Welfare Initiative for Better Societies

Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak: Pembelajaran dari Nepal dan Sri Lanka

Peneliti: Ah Maftuchan, Likke P. Putri, Tiara Marthias, Wiko Saputra

Editor: Victoria Fanggidae

Desain Grafis: Morenk Beladro

Cetakan pertama, Oktober 2013

Perkumpulan Prakarsa

Jl. Rawa Bambu I Blok A No.8E
Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12520
Telp: +62 21 7811-798
Fax: +62 21 7811-897
Email: perkumpulan@theprakarsa.org
www.theprakarsa.org

Diterbitkan oleh **Perkumpulan Prakarsa**
atas dukungan **EED** (Evangelischer Entwicklungsdienst)

**Menurunkan
Angka Kematian
Ibu dan Anak:
Pembelajaran
dari Nepal &
Sri Lanka**

P e n e l i t i :

- Ah Maftuchan
 - Likke P. Putri
 - Tiara Marthias
- Wiko Saputra

Editor: Victoria Fanggidae

Daftar Isi >

Kata Pengantar [9]
Ringkasan Eksekutif [11]
Daftar Isi [5]
Daftar Singkatan [7]

Latar Belakang [15]

Tujuan [17]

Metodologi [17]

Studi Kasus 1: Srilanka [19]

Profil Negara & Kesehatan [19]

Analisa Kebijakan [22]

- ➔ Proses dan aktor kebijakan [22]
- ➔ Konteks kebijakan [23]
- ➔ Isi kebijakan [24]
- ➔ Faktor pendukung dan penghambat [28]

Studi Kasus 2: Nepal [29]

Profil Negara & Kesehatan [29]

Analisa Kebijakan [30]

- ➔ Proses dan aktor kebijakan [30]
- ➔ Konteks kebijakan [32]
- ➔ Isi kebijakan [32]
- ➔ Faktor pendukung dan penghambat [36]

Kesimpulan hasil telaah dari Srilanka dan nepal [37]

Langkah kedepan untuk kebijakan kesehatan di
Indonesia [41]

Referensi [45]

Daftar Singkatan

AKABA	: Angka Kematian Balita
AKI	: Angka Kematian Ibu
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DDC	: District Development Committee
GDP	: Gross Domestic Product
GNI	: Gross National Income
HDI	: Human Development Index
Jampersal	: Jaminan Persalinan
KB	: Keluarga Berencana
KIM	: Key Informant Monitoring
MDGs	: Millennium Development Goals
NSM Project	: Nepal Safe Motherhood Project
OOP	: out-of-pocket payment
Polindes	: Pondok Bersalin Desa
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
PPP	: Purchasing Power Parity
RHSC	: Reproductive Health Steering Committee
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
Tabulin	: Tabungan Bersalin
UNICEF	: United Nations of Children's Fund
VDC	: Village Development Policy
WRHLP	: The Women's Right to Life and Health Project

Penelitian >

Pencapaian penurunan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKABA (Angka Kematian Anak dan Balita) di Indonesia yang masih jauh di bawah negara-negara lain di kawasan Asia seperti Vietnam, Nepal, Sri Lanka dan Malaysia serta masih jauh dari target MDGs (Tujuan Pembangunan Milenium) yang harus dicapai pada tahun 2015. Berbagai strategi yang telah dicanangkan oleh pemerintah untuk menurunkan AKI dan AKABA ternyata masih jauh dari harapan. Buktinya, terjadi peningkatan AKI yang sangat signifikan dari 228 per 100.000 kelahiran pada tahun 2007 menjadi 359 per 100.000 kelahiran pada tahun 2012. Sungguh kemunduran yang sangat memprihatinkan. Satu permasalahan yang harus segera ditangani oleh pemerintah Indonesia. Sedangkan target MDGs 2015 untuk AKI sebesar 102 kematian ibu per 100.000 kelahiran.

Perkumpulan Prakarsa sebagai lembaga penelitian dan peningkatan kapasitas yang memiliki *concern* terhadap pencapaian target MDGs 2015 khususnya mengenai penurunan AKI dan AKABA memandang perlunya pemerintah Indonesia untuk menilik dan belajar dari upaya yang sudah dilakukan negara-negara berkembang lain di kawasan Asia yang berhasil mencapai penurunan AKI dan AKABA secara signifikan. Atas dasar itu dan untuk memberikan referensi bagi pengambil kebijakan kesehatan di Indonesia, Perkumpulan Prakarsa melakukan studi tentang kebijakan kesehatan, khususnya AKI dan AKABA di Sri Lanka dan Nepal. Pemilihan dua negara di kawasan Asia ini didasarkan pada: kondisi ekonomi dan demografis yang tidak jauh berbeda dari Indonesia, keberhasilannya menekan AKI/AKABA yang tercermin dalam indikator kesehatan ibu dan anak yang lebih baik, trend AKI/AKABA mengalami penurunan yang tajam.

Penelitian dengan judul "Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak: Pembelajaran dari Nepal dan Sri Lanka" ini bertujuan menganalisis konteks kebijakan penurunan AKI dan AKABA di Nepal dan Sri Lanka, memaparkan bagaimana pemerintah di Sri Lanka dan Nepal membangun dan mengembangkan sistem kesehatan yang kondusif untuk penurunan AKI dan AKABA, mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam implementasi kebijakan penurunan AKI dan AKABA dan untuk merumuskan rekomendasi yang dapat dikonteks-tualisasikan di Indonesia. Studi kasus ini menunjukkan bahwa negara berkembang seperti Sri Lanka dan Nepal dengan tingkat ekonomi yang lebih rendah dari Indonesia mampu memberikan layanan kesehatan yang baik untuk warganya khususnya untuk ibu dan anak sehingga mampu menurunkan AKI dan AKABA dengan sangat tajam.

Penelitian ini dapat dilakukan berkat dukungan pembiayaan dari EED (*Evangelischer Entwicklungsdienst*) atau BfdW (*Brot für die Welt*) Jerman. Kami sangat mengapresiasi dukungan ini. Kepada tim peneliti, atas kerja keras dan ketekunannya, kami sangat menghargai dan sangat berterima kasih. Tentu saja, kami menyadari bahwa studi ini tidaklah sempurna dan untuk itu kami sangat terbuka atas saran dan kritik yang membangun mengenai hasil penelitian ini. Akhirnya, selamat membaca, semoga hasil penelitian ini bermanfaat dan menjadi salah satu rujukan bagi pemerintah Indonesia, baik di pusat maupun di yang sedang berupaya untuk mempercepat pencapaian target MDGs pada tahun 2015 khususnya pada tujuan penurunan AKI dan AKABA.

Jakarta, Oktober 2013

Salam hormat,

Setyo Budiantoro

Direktur Eksekutif Perkumpulan Prakarsa

Penurunan angka kematian ibu yang paling tajam terjadi pada awal masa kemerdekaan Sri Lanka. Dalam tempo 3 tahun yaitu dari 1947 sampai 1950 terjadi penurunan hingga separuh jumlah kematian ibu. Hingga selanjutnya secara terus menerus dan bertahap Sri Lanka dapat mengurangi AKI hingga mencapai 39/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010.

Ringkasan Eksekutif

Dua tahun, waktu yang tersisa menuju tahun 2015, tahun dimana target MDGs berakhir. Adalah suatu tantangan yang berat untuk mengejar ketertinggalan terutama dalam upaya penurunan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKABA (Angka Kematian Anak dan Balita) di Indonesia. Apalagi, telah terjadi peningkatan AKI yang sangat signifikan dari 228 kematian per 100.000 kelahiran pada tahun 2007 menjadi 359 kematian per 100.000 kelahiran pada tahun 2012. Sedangkan target MDGs 2015 untuk AKI sebesar 102 kematian ibu per 100.000 kelahiran. Sungguh suatu target yang masuk kategori "*mission impossible*".

Namun, tidak ada hal yang tidak mungkin untuk mencapai target MDGs tersebut. Selain harus melakukan evaluasi terhadap upaya yang telah dilakukan, perlu juga kita menyusun langkah-langkah yang sangat 'revolusioner', tidak sekadar *business as usual*. Untuk dapat menyusun langkah tersebut, perlu kiranya kita menilik dan belajar dari upaya-upaya yang sudah dilakukan oleh negara lain yang lebih maju capaiannya. Beberapa negara berkembang di kawasan Asia telah berhasil melakukan penurunan AKI dan AKABA secara drastis. Dua negara di Asia yang dapat dijadikan contoh dalam penurunan AKI dan AKBA yang signifikan adalah Sri Lanka dan Nepal.

Penurunan angka kematian ibu yang paling tajam terjadi pada awal masa kemerdekaan Sri Lanka. Dalam tempo 3 tahun yaitu dari 1947 sampai 1950 terjadi penurunan hingga separuh jumlah kematian ibu. Hingga selanjutnya secara terus menerus dan bertahap Sri Lanka dapat mengurangi AKI hingga mencapai 39/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010.

Inisiatif atau kebijakan kunci yang dilaksanakan oleh pemerintah Sri Lanka antara lain: (i) investasi yang bersamaan untuk bidan dan pelayanan obstetri emergensi yang dilakukan bersamaan, (ii) sistem kesehatan publik dengan proteksi finansial dan fokus ke populasi rawan kesehatan, (iii) pengumpulan informasi untuk monitoring keberhasilan program kesehatan ibu dan anak yang komprehensif, (iv) peningkatan status dan kualitas manuasia melalui program lain terkait aspek sosial, ekonomi dan politik. Sistem kesehatan Sri Lanka terdiri dari sektor publik, swasta dan menggunakan sistem desentralisasi. Namun demikian, Kementerian Kesehatan dan Departemen Kesehatan Provinsi memiliki porsi terbesar dalam pelayanan kesehatan mulai dari promotif, preventif, hingga kuratif dan rehabilitatif. Penggunaan layanan kesehatan di Sri Lanka tingga tetapi dapat diakses dengan biaya yang murah. Sistem pelayanan kesehatan dasar tersebar diseluruh daerah dengan jaringan yang sangat luas.

Pembangunan infrastruktur dan sumber daya kesehatan serta adanya kebijakan pendidikan di Sri Lanka yang menyatakan bahwa: 1) pendidikan universal itu wajib; 2) wanita berhak dan harus mendapat pendidikan modern menjadi prioritas pemerintah Sri Lanka sejak jaman kolonial. Tidak hanya pembangunan

infrastruktur kesehatan publik berupa bangunan rumah sakit tetapi juga dengan penyediaan tenaga kesehatan terlatih hingga ke desa terjauh di Sri Lanka. Faktor pendukung lain adalah adanya perhatian pemerintah terhadap program dipopulasi rawan kesehatan seperti populasi di daerah konflik. Sedangkan faktor penghambat sistem kesehatan Sri Lanka adalah konflik peperangan internal yang berlangsung selama puluhan tahun.

Berbeda dengan Sri Lanka yang berhasil menurunkan AKI dan AKABA sebelum abad 20, Nepal mencapai keberhasilan dalam penurunan AKI dan AKBA dalam satu dekade terakhir. Konferensi *Safe Motherhood* pada tahun 1987 di Nairobi, menggugah banyak negara mengenai pentingnya kesehatan ibu tak terkecuali untuk pemerintahan Nepal. Komitmen Nepal terbukti dengan dibentuknya kelompok kerja untuk mengembangkan *Plan of Action* terkait *Safe Motherhood* yang melibatkan tim ahli yang mulai diinisiasikan pada tahun 1997 di tiga distrik.

Tiga misi utama dalam rencana aksi nasional Nepal yaitu (i) meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan obstetri, (ii) meningkatkan ketersediaan pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas, (iii) memperkuat kedudukan wanita baik dari aspek sosial maupun regulasi. Rencana aksi ini didukung oleh lembaga-lembaga internasional antara lain United Kingdom yang mengusung Nepal Safe Motherhood Project (NSMP) dan UNICEF dengan program The Women's Right to life and Health Project (WRHLP) dan juga didukung oleh aktor-aktor seperti Kementerian Kesehatan, NGO lokal, Komite Pengembangan Kabupaten dan masih banyak lagi. Sinkronisasi program antar kementerian dan berbagai macam aktor tersebut yang membantu upaya penurunan AKI dan AKBA.

Aktifitas-aktifitas utama dari NSMP yang dirancang untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan ibu dan anak antara lain:

- 1 Peningkatan jumlah, *skills* dan perilaku tenaga kesehatan
- 2 *Gender empowerment* dan pendekatan kultural bagi masyarakat
- 3 Perbaikan penatalaksanaan obstetri kegawat-daruratan, sistem pencatatan di rumah sakit dan kualitas pelayanan kesehatan
- 4 Meningkatkan *demand* pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih
- 5 Pemberdayaan masyarakat
- 6 Penguatan sistem monitoring dan evaluasi

AKI di Nepal mengalami penurunan yang signifikan selama kurun waktu 1996-2010 dari 539 ke 229 per 100.000 kelahiran hidup dan dalam kurun waktu 10 tahun terakhir, persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan naik dari 10,1% menjadi 36% dan persalinan difasilitasi naik dari 7,6%

menjadi 35,3%. Terjadi juga peningkatan prosentase penggunaan kontrasepsi sebanyak dua kali lipat. Sayangnya, tingginya frekuensi pergantian pejabat atau staf, baik diranah struktural dan fungsional di instansi terkait menjadi penghambat dalam kontinuitas program dalam pencapaian tujuan.

Beberapa rekomendasi yang dapat diterapkan di Indonesia untuk peningkatan penurunan AKI dan AKBA di Indonesia berdasarkan pembelajaran dari Sri Lanka dan Nepal adalah:

- 1 Mengembangkan jaminan kesehatan komprehensif dan universal
- 2 Penekanan *equity and affirmative policy* dalam kebijakan kesehatan ibu dan anak
- 3 Cakupan asuransi atau pembiayaan kesehatan yang menjangkau masyarakat miskin secara komprehensif
- 4 Pengembangan layanan primer yang mengutamakan cakupan serta kualitas layanan untuk masyarakat
- 5 Revitalisasi program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia
- 6 Menggunakan *evidence* dalam merumuskan kebijakan

Dua tahun menuju tahun 2015 merupakan kesempatan emas untuk mengejar ketertinggalan dari target AKI 102 dan AKABA 34. Berbagai kendala bermunculan mulai dari belum dipenuhinya alokasi anggaran kesehatan 5% dari total APBN di luar gaji pegawai, masih minimnya fasilitas dan tenaga kesehatan, rendahnya akses ke fasilitas PONED dan PONEK, rendahnya pemanfaatan Jampersal, tidak berfungsinya Polindes sebagaimana mestinya dan pergantian petugas-pejabat yang sangat cepat dan lainnya.

Pendahuluan

Latar belakang

Saat ini pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs) 4 dan 5, yakni penurunan angka kematian balita (AKABA) dan angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih jauh dari target 2015 yaitu 102 AKI per-100.000 kelahiran hidup dan 34 AKABA per 1.000 kelahiran. Meskipun terjadi penurunan AKABA dari 97 (1991) menjadi 44 (2007) dan AKI menurun dari 390 (1991) menjadi 228 (2007), pencapaian ini masih jauh dari target yang harus dicapai. Selain itu, pencapaian tersebut masih di bawah negara-negara lain di Asia seperti: Vietnam, Nepal, Sri Lanka, dan Malaysia. AKI di Vietnam pencapaiannya lebih bagus dari Indonesia, padahal *gross domestic product* (GDP) Vietnam hanya US\$ 141 miliar dan jauh berada di bawah Indonesia US\$ 878 miliar (2012). Sri Lanka dengan GDP-nya hanya US\$ 59,4 miliar dan Nepal US\$ 19,4 miliar capaian AKI dan AKABA-nya melesat jauh di atas Indonesia.

Tabel 1. Indikator Makro Ekonomi dan Belanja Kesehatan Sri Lanka dan Nepal

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

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

Tabel 2. Capaian MDGs Target 4 dan 5 di Sri Lanka dan Nepal

Tahun	Angka Kematian Anak (per 1.000)		Angka Kematian Ibu (per 100.000)		Angka Kematian Anak (Target 2015)		Angka Kematian Ibu (Target 2015)	
	Sri Lanka	Nepal	Sri Lanka	Nepal	Sri Lanka	Nepal	Sri Lanka	Nepal
1990	18	99	85	770	8 (2/3	36 (2/3,	23 (3/4	213 (3/4,
1995	18	78	74	550	between	between	between	between
2000	15	61	58	360	1990 &	1990 &	1990 &	1990 &
2005	12	47	44	250	2015)	2015)	2015)	2015)
2010	9	36	35	170				
2012	8	34	na	na				
Persentase penurunan (%)	55.6	65.7	58.8	77.9				

Sumber: World Global Expenditure Databased, WHO, 2011-2012; Nepal MDGs Progress Report, 2010, Sri Lanka MDGs Report Country, 2010.

Berbagai strategi telah dicanangkan untuk menurunkan AKI dan AKABA antara lain: peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan, peningkatan infrastruktur dan kapasitas fasilitas kesehatan seperti Rumah Sakit PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) dan Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) serta memperbanyak jumlah Polindes (Pondok Bersalin Desa), pemberdayaan masyarakat melalui ambulan siaga dan tabungan bersalin (tabulin), serta pembebasan biaya persalinan melalui Jampersal (Jaminan Persalinan). Namun demikian, penurunan AKI dan AKABA masih jauh dari yang diharapkan.

Dua tahun menuju tahun 2015 merupakan kesempatan emas untuk mengejar ketertinggalan dari target AKI 102 dan AKABA 34. Berbagai kendala bermunculan mulai dari belum dipenuhinya alokasi anggaran kesehatan 5% dari total APBN di luar gaji pegawai, masih minimnya fasilitas dan tenaga kesehatan, rendahnya akses ke fasilitas PONEK dan PONEK, rendahnya pemanfaatan Jampersal, tidak berfungsinya Polindes sebagaimana mestinya dan pergantian petugas-pejabat yang sangat cepat dan lainnya. Permasalahan ini mengindikasikan bahwa Pemerintah Indonesia perlu memperhatikan dan menelaah dengan seksama kebijakan kesehatan ibu dan anak yang saat ini berlaku untuk diperbaiki dan dikembangkan di kemudian hari. Di samping itu, pemerintah perlu menata kebijakan kesehatan secara lebih baik.

Untuk mencapai target MDGs ini selain mengevaluasi langkah-langkah yang telah ditempuh Indonesia sampai saat ini, kita juga perlu menilik ke upaya-upaya yang telah dilakukan oleh negara-negara berkembang lain di Asia yang telah berhasil

mencapai penurunan tajam AKI dan AKABA. Nepal dan Sri Lanka merupakan contoh negara yang mengalami penurunan AKI dan AKABA yang sangat signifikan dalam 10 tahun terakhir. Pembelajaran mengenai hal-hal yang berdayaguna dan berdayaungkit tinggi bagi Indonesia untuk mengidentifikasi peluang yang ada demi mencapai target MDGs dalam 2 tahun mendatang. Lalu, dengan mengetahui kebijakan AKI dan AKBA di dua negara tersebut, kita akan dapat belajar atas tantangan dan hambatan yang dihadapi dalam mencapai target penurunan AKI dan AKABA.

Tujuan penelitian

- 1 Melakukan analisis terhadap konteks kebijakan penurunan AKI dan AKB di Sri Lanka dan Nepal
- 2 Menjelaskan bagaimana pemerintah Sri Lanka dan Nepal membangun dan mengembangkan sistem kesehatan yang kondusif untuk penurunan Angka Kematian Ibu dan Anak.
- 3 Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam implementasi kebijakan penurunan Angka Kematian Ibu dan Anak di negara sasaran studi.
- 4 Menghasilkan rekomendasi yang berpotensi dapat diterapkan di Indonesia

Metodologi

Sri Lanka dan Nepal dipilih sebagai negara pembanding dengan dasar bahwa kedua negara ini mempunyai indikator kesehatan ibu dan anak yang lebih baik, trend AKI/AKBA yang menurun tajam, dan memiliki konteks sosial politik ekonomi serta demografi yang dapat diperbandingkan dengan Indonesia.

Studi kasus ini akan menunjukkan bahwa negara yang digolongkan sebagai negara berkembang dengan tingkat ekonomi rendah seperti Sri Lanka dan Nepal mampu dan telah mencapai outcome kesehatan ibu dan anak yang jauh lebih baik relatif dibandingkan dengan negara lain di kawasan Asia.

Review literatur dilakukan secara sistematis menggunakan database Scopus, MEDLINE, dan Google Scholar, serta review dokumen yang dianggap relevan berdasarkan referensi yang didapat. Pencarian di database menggunakan kata kunci: (1) Sri Lanka atau Ceylon atau Nepal, (2) maternal and child health, (3) policy, (4) health system. Dari total 48 artikel jurnal yang teridentifikasi, 26 terpilih dengan dasar relevansi terhadap topik. Berdasarkan hasil bacaan dan identifikasi referensi lain, sejumlah jurnal dan dokumen atau laporan lain kemudian dimasukkan ke dalam case study ini.

Sistem kesehatan Sri Lanka terdiri dari sektor publik dan swasta dan menggunakan sistem desentralisasi. Namun demikian, Kementerian Kesehatan dan Departemen Kesehatan Provinsi memiliki porsi terbesar dalam pelayanan kesehatan, mulai dari promotif, preventif, hingga kuratif dan rehabilitatif.

Studi Kasus 1

Sri Lanka

Konteks Kebijakan untuk Sistem Kesehatan dalam Rangka Penurunan Kematian Ibu dan Anak

Profil Negara & Kesehatan

Sri Lanka merupakan negara di Asia Selatan dengan populasi sekitar 20 juta jiwa dan luas daerah 62.705 km². Pulau Sri Lanka terletak di Samudra India, berjarak sekitar 31 kilometer dari selatan India. Lebih dari 84% populasi bertempat tinggal di daerah pedesaan, dan sekitar 16% bekerja di perkotaan. Sri Lanka merupakan negara demokratis dengan sistem parlemen yang dipimpin oleh presiden dan memiliki 9 daerah administratif atau provinsi.




GNI (*Gross National Income*) per kapita Sri Lanka adalah sebesar US\$ 5.520 PPP (*purchasing power parity*), berada di atas Indonesia yang hanya 4,500 PPP. Indeks Gini Sri Lanka sebesar 36,4 di mana ini lebih rendah dari Indonesia 38,1 (2010) bahkan Gini rasio Indonesia mencapai 0,41 pada tahun 2012. Hal ini menunjukkan bahwa berarti Indonesia memiliki kesenjangan pendapatan yang lebih tinggi

di banding Sri Lanka dan beberapa negara Aisa lainnya. Sedangkan untuk HDI (*Human Development Index*) Sri Lanka adalah sebesar 0,715 pada tahun 2012 meningkat dari 0,608 di tahun 1990. HDI Indonesia lebih rendah yaitu sebesar 0,629 di tahun 2012. Sri Lanka memiliki indikator kesehatan yang jauh lebih baik dibandingkan dengan negara dengan pendapatan yang setara, untuk semua indikator kesehatan termasuk ibu dan anak. Hal ini kontras dengan alokasi anggaran untuk kesehatan yang relatif rendah, yaitu hanya 4,2% dari GDP (*Gross Domestic Product*) Sri Lanka (Ranan-Eliya and Sikurajapathy, 2009).

Sistem kesehatan Sri Lanka terdiri dari sektor publik dan swasta dan menggunakan sistem desentralisasi. Namun demikian, Kementerian Kesehatan dan Departemen Kesehatan Provinsi memiliki porsi terbesar dalam pelayanan kesehatan, mulai dari promotif, preventif, hingga kuratif dan rehabilitatif. Sistem pelayanan kesehatan primer tersebar di seluruh daerah dan memiliki jaringan yang luas. Secara umum, penggunaan layanan kesehatan di Sri Lanka sangat tinggi dengan biaya yang rendah.

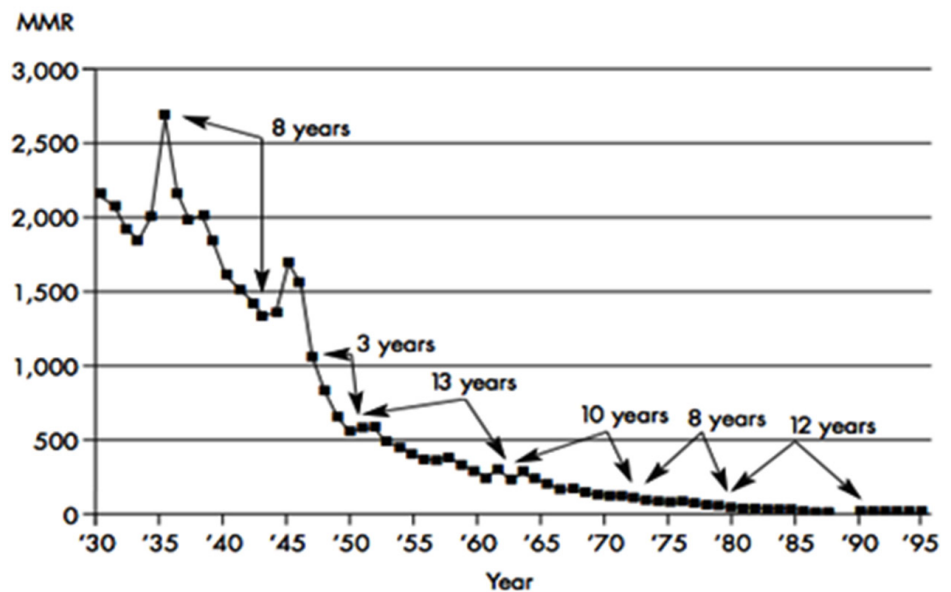
Angka kematian ibu di Sri Lanka pada tahun 2010 tercatat sebesar 39 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Organization, 2010), sementara angka kematian balita adalah 12 per 1.000 kelahiran hidup. Penurunan angka kematian ibu di Sri Lanka sangat signifikan dibandingkan dengan negara lain. Trend kematian ibu dan anak di Sri Lanka juga menunjukkan penurunan yang konsisten. Angka kematian ibu pada tahun 1990 adalah 91 per 100.000 kelahiran hidup dan menurun menjadi 73 kematian (tahun 1995), 59 (tahun 2000), 45 (tahun



Kematian bayi menurun dari 140 menjadi 17,3 per 1.000 kelahiran hidup pada periode yang sama. Hingga tahun 2009, kematian neonatal dan bayi mengalami penurunan gradual, menjadi 9 dan 13 per 1.000 kelahiran hidup, secara berturut-turut.

2005) hingga 39 kematian pada tahun 2008 (Organization, 2010). Indikator-indikator ini adalah yang terendah di antara negara dengan status ekonomi *low-middle income*, dan bahkan lebih rendah daripada beberapa negara dengan pendapatan lebih tinggi.

Grafik 1. Trend Angka Kematian Ibu, Sri Lanka, 1930 – 1995



(Pathmanathan et al., 2003)

Penurunan kematian secara umum yang paling tajam justru terjadi pada awal kemerdekaan Sri Lanka, yaitu semua angka kematian turun menjadi setengah antara 1947-1950. Penurunan angka kematian ibu dan anak dengan level yang serupa juga terjadi pada periode ini. Tabel di atas menunjukkan penurunan hingga separuh jumlah kematian ibu, yaitu dari sekitar 1.700 kematian menjadi 600 kematian, terjadi dalam kurun waktu 3 tahun, dari 1947-1950. Selanjutnya, Sri Lanka berhasil untuk mengurangi angka kematian ibu hingga separuh setiap 7-10 tahun (Liljestrand and Pathmanathan, 2004). Hal ini menunjukkan bahwa; (1) upaya perbaikan kesehatan ibu dan anak telah dimulai bahkan sejak sebelum kemerdekaan, (2) sistem kesehatan yang diturunkan oleh pemerintah kolonial Inggris berdampak positif terhadap perkembangan sistem kesehatan Sri Lanka, serta (3) pemerintah Sri Lanka berhasil memelihara sistem yang telah tertata dengan baik walaupun kemudian merdeka dari pemerintah kolonial.

Kematian anak di Sri Lanka juga menunjukkan trend yang serupa. Kematian neonatal menurun dari 75,5 menjadi 12,9 per 1.000 kelahiran hidup antara tahun 1945 dan 1996. Kematian bayi menurun dari 140 menjadi 17,3 per 1.000 kelahiran hidup pada periode yang sama. Hingga tahun 2009, kematian neonatal dan bayi mengalami penurunan gradual, menjadi 9 dan 13 per 1.000 kelahiran hidup, secara berturut-turut. Untuk status kesehatan balita, angka kematian balita menurun mulai dari tahun 1950an dan pada 2009 tercatat sebesar 15 kematian per 1.000 kelahiran hidup (UNICEF, 2011). Status kesehatan ini jauh lebih baik dibandingkan dengan negara Asia Selatan lainnya seperti India, Pakistan, dan Nepal.

Analisa Kebijakan

Proses dan Aktor Kebijakan

Kesehatan dan pendidikan telah menjadi fokus utama investasi pemerintah Sri Lanka dari sejak zaman kolonialisme. Kebijakan pemerintah serta upaya atau inisiatif yang dilakukan memang berfokus pada peningkatan kualitas atau tingkat pendidikan serta *outcome* kesehatan masyarakat. Secara umum, kebijakan kesehatan dimulai sejak tengah abad ke-19 dan kebijakan pada awal tahun 1900an memberikan dasar yang kuat, terutama untuk kebijakan seputar profesi kebidanan. Legislasi di bidang lain yang ikut mendukung sistem kesehatan diterapkan, antara lain dalam bidang pendidikan bidan dan dokter, sertifikasi tenaga kesehatan. Pencatatan kematian dan kelahiran (*vital registration*) dikembangkan oleh pemerintah dan bersifat wajib. Pelaporan kematian ibu pun termasuk ke dalam daftar penyebab kematian yang harus dilaporkan oleh semua tenaga kesehatan (Pathmanathan et al., 2003).

Sejak dari tahun 1926, upaya kuratif dan preventif telah diintegrasikan di bawah satu insitusi pemerintah: *Medical and Sanitary Services*. Berbagai kebijakan yang kemudian dijalankan oleh institusi ini memiliki dampak besar untuk kesehatan ibu dan anak ke depannya. Melihat dari kerangka waktu ini, maka kebijakan untuk kesehatan ibu dan anak dimulai jauh sebelum konvensi internasional seperti inisiatif *Safe Motherhood*.

Perkembangan pelayanan kesehatan ibu dan anak modern dimulai sejak didirikannya *De Siysa Lying in Home* di ibukota Sri Lanka, Colombo, pada tahun 1879. Fungsi utama institusi ini adalah untuk pelatihan bidan, dilanjutkan dengan registrasi bidan secara nasional pada tahun 1887. Pada tahun 1902, departemen kesehatan ibu dan anak didirikan di Colombo, sebagai bagian

dari kebijakan pelayanan ibu dan anak. Klinik antenatal pertama didirikan pada tahun 1921 (Fernando et al., 2003).

Kebijakan penyediaan layanan kesehatan berlanjut saat didirikannya *Health Unit* pada tahun 1926. *Health Unit* ini merupakan tonggak sejarah dalam kesehatan ibu dan anak karena menyediakan layanan profesional kebidanan untuk populasi lebih luas (Herath, 2001). Proses kebijakan pada masa kolonialisme ini memberikan fondasi yang kuat untuk sistem kesehatan di Sri Lanka, termasuk telah tersedianya 112 rumah sakit di semua 9 provinsi di Sri Lanka bahkan pada tahun 1930. Kebijakan pembangunan infrastruktur untuk pelayanan obstetri banyak diambil pada periode 1950an dan pada 1954 telah tersedia 11 rumah sakit yang menyediakan layanan khusus obstetri.

Aktor utama dalam pengembangan sistem kesehatan Sri Lanka dan penyediaan layanan kesehatan ibu dan anak adalah pemerintah di level nasional dan sub-nasional. Terdapat sejumlah donor internasional yang mendukung beberapa program kesehatan di Sri Lanka, misalnya Asian Development Bank, World Bank, dan donor dari negara termasuk Belanda, Denmark, India, dan Iran. Sri Lanka merupakan salah satu negara penerima donor terbesar di kawasan Asia. UNICEF misalnya, memiliki sejumlah program untuk pembangunan ruang bersalin dan nutrisi serta sanitasi. Cathal Ryan Trust dari Irlandia memberikan dukungan untuk pendidikan anak dan berbagai organisasi internasional yang bekerja di bidang kependudukan serta konflik. Pemerintah Sri Lanka mampu mengorganisir berbagai donor agar program-program yang berjalan tidak tumpang-tindih.

Konteks Kebijakan

Sri Lanka memiliki sejarah kultural yang panjang, sejak 24 abad yang lalu. Kepercayaan dan budaya Buddha serta Tamil Sri Lanka yang mengutamakan pendidikan dan posisi wanita dalam masyarakat sangat mempengaruhi ideologi Sri Lanka dalam pengembangan sosial dan sumber daya manusia.

Sri Lanka dijajah selama 450 tahun sejak 1505 oleh berbagai bangsa yaitu Portugis, Belanda dan terakhir oleh Inggris. Kolonialisme ini berpengaruh besar terutama terhadap sistem pendidikan dan kesehatan Sri Lanka. Era kolonialisme Inggris terutama memberikan fondasi untuk sistem modern, termasuk registrasi kematian dan kelahiran yang dimulai bahkan sejak 1902 dan terutama terhadap pembentukan sektor publik yang dominan untuk kesehatan.

Sistem kultural Sri Lanka juga mempengaruhi sistem kesehatan untuk ibu dan anak. Terlihat dari fakta bahwa pelayanan kesehatan ibu telah dimulai dari zaman kerajaan di abad ke-4, di mana raja membangun “rumah bersalin”

khusus untuk ibu dan anak. Kultur penghargaan terhadap wanita sebagai aktor penting dalam masyarakat juga mengakar di Sri Lanka, terlihat dari kebijakan pemerataan pendidikan untuk wanita yang dimulai pada tahun 1930an.

Komitmen politik mendukung berbagai kebijakan publik untuk kesehatan, termasuk untuk penyediaan layanan kesehatan di pedesaan dan populasi yang rawan kesehatan. Dukungan politis yang signifikan untuk peningkatan akses layanan adalah penyediaan layanan kesehatan dan pendidikan gratis untuk seluruh masyarakat.

Terlepas dari indikator kesehatan Sri Lanka yang baik, negara ini menghadapi beberapa tantangan eksternal sistem kesehatan, seperti perang saudara yang menahun serta tsunami pada tahun 2004 yang lalu. Meskipun pemberontak Macan Tamil telah dapat diberantas oleh pemerintah Sri Lanka, perang saudara yang berlangsung selama lebih dari 20 tahun telah berdampak terhadap populasi, termasuk ibu dan anak. Di area konflik, akses ke layanan kesehatan dan tenaga terlatih terbatas sehingga menurunkan kualitas pelayanan (Collie, 2003, Reilley et al., 2002). Konflik perang saudara dan bencana tsunami (Collie, 2003, Reilley et al., 2002, Yamada et al., 2006) juga telah menyebabkan peningkatan gangguan mental di antara anak dan ibu.

Isi Kebijakan

Penurunan kematian ibu dan anak di Sri Lanka didukung oleh beberapa inisiatif atau kebijakan kunci yang dilaksanakan oleh pemerintah, yaitu (1) investasi yang bersamaan untuk bidan dan pelayanan obstetri emergensi yang dilakukan secara berdampingan, (2) sistem kesehatan publik dengan proteksi finansial dan fokus ke populasi rawan kesehatan (3) pengumpulan informasi untuk monitoring keberhasilan program kesehatan ibu dan anak yang komprehensif, serta (4) peningkatan status dan kualitas manusia melalui program lain terkait aspek sosial, ekonomi, dan politik.

Peran penting bidan, persalinan di fasilitas kesehatan, dan pelayanan obstetri emergensi


Beberapa negara dan daerah di kawasan Asia mulai mengadaptasi dan mempromosikan secara besar-besaran peran bidan sebagai ujung tombak upaya kesehatan ibu dan anak pada tahun 1960an. Sri Lanka juga memulai registrasi bidan dan secara bertahap menggantikan peran dukun beranak (*traditional birth attendant*) pada tahun 1980 (De Bernis et al., 2003) dan

kebijakan pemerintah telah meningkatkan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih secara signifikan (Starrs, 1998).

Upaya layanan kesehatan ini ditandai dengan pembentukan sistem *Health Unit* di Sri Lanka pada tahun 1926 (Herath, 2001), di mana tiap unit kesehatan ini harus memiliki tim kesehatan masyarakat dan dipimpin oleh klinisi yang menyediakan pelayanan komprehensif di bidang kesehatan masyarakat dan primer. *Health Unit* inilah yang berhasil mengalihkan peran dukun beranak ke tenaga medis profesional di level terbawah populasi (Fernando et al., 2003).

Selain pembentukan fasilitas atau unit kesehatan, akses yang baik dipastikan melalui berbagai kebijakan dilakukan, termasuk; rumah tunggu bersalin (Pathmanathan et al., 2003), pembangunan rumah sakit pedesaan serta pelatihan untuk bidan desa (Koblinsky et al., 1999), dan hal ini telah dimulai dari tahun 1906. Proses kebijakan ini diteruskan hingga dibentuknya pemerintahan independen yang tetap menjaga keberlangsungan kebijakan pro pedesaan dan bidan desa, terlihat dari peningkatan rasio antara bidan dan populasi, yaitu hingga 1 dibanding 3000 populasi pada tahun 1996 dan kini semua rumah memiliki akses terjangkau ke fasilitas kesehatan primer. Dari 510 fasilitas publik di Sri Lanka, hampir semua (n=494) mampu menyediakan layanan obstetri (Gunaserera and Wijesinghe, 1996), sehingga menjamin cakupan persalinan di fasilitas kesehatan.

Hal menarik dari kebijakan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih ini adalah pemerintah Sri Lanka secara bersamaan juga mengedepankan peningkatan cakupan pelayanan obstetri emergensi (Liljestrand and Pathmanathan, 2004).



Kebijakan Sri Lanka juga menekankan pada inisiatif-inisiatif yang khusus mengatasi populasi yang rentan, termasuk wanita dan anak-anak melalui pemberdayaan kelompok populasi ini. Misalnya, (Attanapola, 2008) mendokumentasikan upaya pemberdayaan wanita di daerah perindustrian di Sri Lanka dan hal ini merupakan bagian dari langkah upaya promosi kesehatan di daerah tersebut.

Kedua level pelayanan kesehatan ini dilakukan secara bersamaan karena Sri Lanka menyadari bahwa program kesehatan harus mengutamakan keduanya secara seimbang. Selain dari kombinasi antara layanan primer dengan obstetri komprehensif, Sri Lanka juga memastikan adanya hubungan sistem yang baik antara layanan primer dengan rujukan melalui pembentukan sistem rujukan dan penyediaan layanan gratis di setiap level layanan kesehatan.

Sistem kesehatan publik dengan proteksi finansial dan fokus ke populasi rawan kesehatan

Proteksi finansial untuk populasi pedesaan dan miskin telah dilakukan oleh pemerintah Sri Lanka (Pathmanathan et al., 2003) termasuk untuk layanan keluarga berencana dan manajemen obstetrik. Proteksi finansial ini berhasil menurunkan kesenjangan ekonomi, ditunjukkan dari penggunaan layanan kesehatan ibu yang seimbang antara populasi kaya dan miskin di Sri Lanka (Pathmanathan et al., 2003). Layanan kesehatan publik diberikan secara gratis di seluruh Sri Lanka, dan negara ini memiliki OOP (*out-of-pocket payment*) yang rendah dibandingkan dengan negara Asia lainnya, termasuk Indonesia (Van Doorslaer et al., 2006). Subsidi tambahan untuk keluarga miskin juga berlaku di Sri Lanka dan mencakup layanan komprehensif (Victora et al., 2003), dan hasilnya adalah utilisasi layanan kesehatan ibu dan anak yang *equitable* antara kelompok kaya dan miskin.

Kebijakan kesehatan juga menasar pada populasi yang rentan, seperti populasi Indian Tamil yang merupakan 6% dari total populasi Sri Lanka. Akibat adanya kesenjangan *outcome* kesehatan antara penduduk Indian Tamil dan asli Sri Lanka, pemerintah memulai mobilisasi pekerja kesehatan publik ke daerah di mana Indian Tamil tinggal. Kebijakan ini mewajibkan rotasi atau kunjungan berkala dokter dan tenaga kesehatan masyarakat ke tempat tinggal atau kawasan Indian Tamil. Populasi lain yang rawan kesehatan adalah ibu yang bekerja di perkebunan. Kebijakan untuk populasi-populasi ini termasuk kunjungan berkala kesehatan, perbaikan sistem rujukan, transportasi serta peningkatan kemampuan bidan untuk daerah tersebut (Vidyasagara, 2001).

Kebijakan Sri Lanka juga menekankan pada inisiatif-inisiatif yang khusus mengatasi populasi yang rentan, termasuk wanita dan anak-anak melalui pemberdayaan kelompok populasi ini. Misalnya, (Attanapola, 2008) mendokumentasikan upaya pemberdayaan wanita di daerah perindustrian di Sri Lanka dan hal ini merupakan bagian dari langkah upaya promosi kesehatan di daerah tersebut.

Mengatasi masalah kesehatan utama lainnya

Penurunan drastis angka kematian ibu dan anak di tahun 1940an tidak terlepas dari inisiatif nasional pemberantasan malaria, malnutrisi, dan penyakit menular lain yang berkontribusi besar terhadap kematian di populasi (Liljestrand and Pathmanathan, 2004, Perera, 1993, Seneviratne and Rajapaksa, 2000). Program pemberantasan malaria memang dimulai dari zaman kolonialisme dan telah dihubungkan dengan penurunan mortalitas penduduk (Langford, 1996). Program ini merupakan inisiatif penting dalam menurunkan angka mortalitas karena malaria merupakan penyebab utama kematian balita serta merupakan salah satu penyulit utama proses persalinan yang sering menyebabkan perdarahan pada ibu dan berakhir pada kematian saat bersalin.

Kebijakan lain yang ikut mendukung penurunan kematian ibu dan anak adalah penurunan angka fertilitas. Pada pertengahan 1950, angka fertilitas Sri Lanka tinggi dilatarbelakangi oleh kondisi sosial dan budaya di masyarakat (Nanayakkara, 1980). Namun program keluarga berencana berhasil menurunkan angka fertilitas mulai tahun 1975, berkontribusi terhadap hampir 75% penurunan fertilitas (Seneviratne and Rajapaksa, 2000).

Pengumpulan informasi dan sistem monitoring program kesehatan ibu dan anak

Mekanisme monitoring telah dipersiapkan secara dini di Sri Lanka, berbeda dengan banyak negara berkembang yang tidak memiliki basis data dan sistem informasi yang kuat. Kematian ibu merupakan hal yang wajib dilaporkan oleh seluruh tenaga kesehatan dan investigasi kematian dilakukan untuk setiap kasus kematian. Selain *vital registration* yang diwajibkan sejak tahun 1897 (Karunathilake, 2012, Seneviratne and Rajapaksa, 2000), Sri Lanka juga menggunakan pelaporan kematian ibu untuk alat advokasi kebijakan. Pada tahun 1921, unit khusus di bawah *Registrar General* ditugaskan untuk menelusuri setiap kasus kematian ibu sehingga sistem semacam audit maternal perinatal telah ditetapkan sejak sebelum kemerdekaan Sri Lanka.

Inisiatif di sektor lain yang meningkatkan kualitas masyarakat: Pendidikan

Sri Lanka memiliki sejarah panjang pengembangan sistem pendidikan, sejak abad ke-3 (Seneviratne and Rajapaksa, 2000). Sistem pendidikan gratis dimulai pada saat kolonialisme Belanda pada abad 17-18, namun sistem pendidikan modern diinisiasi pada zaman penjajahan Inggris di Sri Lanka pada tahun 1830.

Kebijakan pendidikan Sri Lanka menegaskan dua hal penting yang kemudian berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan anak, yaitu: (1) bahwa pendidikan universal bersifat wajib, dan (2) wanita berhak dan harus mendapat pendidikan modern (Wijemanne, 1976). Kebijakan ini berdampak pada hampir seimbangannya angka literasi antara wanita dan pria di Sri Lanka.

Faktor Pendukung dan Penghambat

Sri Lanka telah menempatkan infrastruktur dan sumber daya kesehatan yang ramah pelayanan untuk ibu dan anak sejak zaman kolonial. Faktor ini merupakan pendukung utama keberhasilan peningkatan status kesehatan populasi, terutama untuk ibu dan anak. Sri Lanka berhasil memperkuat sistem kesehatan publiknya dengan memastikan tersedianya sumber daya manusia untuk kesehatan –tidak sekedar infrastruktur atau bangunan– di semua daerah bahkan di desa terjauh sekalipun. Faktor lain yang penting adalah upaya pemberantasan malaria, yang pada awal abad ke-20 merupakan penyebab utama kematian anak dan penyulit kehamilan serta persalinan ibu. Sri Lanka juga telah berhasil menempatkan sistem surveilans kematian anak dan ibu dan membuat pelaporan kematian menjadi kewajiban untuk semua institusi serta pemberi layanan kesehatan. Hal-hal tersebut terbukti menjadi dasar yang penting dalam keberhasilan sistem kesehatan di Sri Lanka.

Faktor pendukung lainnya adalah perhatian pemerintah terhadap tingkat literasi wanita serta upaya atau program yang spesifik menitikberatkan populasi yang rawan kesehatan, seperti populasi di daerah konflik serta etnik minoritas yaitu etnik Tamil India.

Faktor yang menjadi hambatan utama sistem kesehatan di Sri Lanka adalah konflik peperangan internal yang berlangsung selama puluhan tahun. Meskipun akhirnya konflik ini berhasil dipecahkan, dampak terhadap populasi tampak nyata, terutama dalam hal kesehatan mental anak di daerah bekas konflik.

Studi Kasus 2

Nepal

Profil Negara & Kesehatan

Nepal merupakan negara di wilayah Asia Selatan dengan luas wilayah 147,181 kilometer persegi dan penduduk 27,47 juta jiwa. Pendapatan nasional netto (GNI) per kapita 1.260 PPP dollar, jauh di bawah Indonesia yang berada di angka 4.500 PPP dollar, dan kepadatan wilayah 186,6 jiwa per kilometer persegi. Total GDP 19,41 milyar dollar dan 5,4%-nya dialokasikan untuk sektor kesehatan (World Bank, 2012). Alokasi untuk sektor kesehatan tersebut berfluktuasi antara 5,1% (2007 dan 2010) sampai 6,6% (1998) dalam kurun waktu 2 dekade terakhir. *Human Development Index* (HDI) Nepal pada tahun 2012 yaitu 0,463, meningkat dari 0,341 di tahun 1990. Bandingkan dengan Indonesia 0,479 (1990) menjadi 0,640 (2012). GINI index Nepal 32,8 dan ini lebih rendah dibanding dengan Indonesia



38,1 (2010). Bahkan Gini index Indonesia mencapai 0,41 pada tahun 2012. Hal ini menunjukkan bahwa berarti Indonesia memiliki kesenjangan pendapatan yang lebih tinggi di banding Nepal dan beberapa negara Asia lainnya.

Menurut survei demografi, AKI di Nepal mengalami penurunan signifikan selama kurun waktu 1996 – 2010 dari 539 ke 229 per 100.000 kelahiran hidup. AKB dan AKABA juga mengalami penurunan sekitar 50% dalam kurun waktu 10 tahun terakhir, berturut-turut mencapai 46 dan 54 per 1000 kelahiran hidup (Macros, 2011). Saat ini terdapat 3,170 sub-pos kesehatan, 630 pos kesehatan, 200 fasilitas pelayanan kesehatan primer dan 83 rumah sakit di seluruh Nepal.

Dilihat dari topografi-nya, Nepal dapat dibagi menjadi tiga area: area pegunungan (ketinggian 4.877 – 8.848 dpl), perbukitan (610 – 4.876 dpl) dan dataran rendah. Mayoritas penduduk Nepal (49%) tinggal di daerah dataran rendah, diikuti oleh daerah perbukitan (44%) dan daerah pegunungan merupakan daerah dengan jumlah populasi paling sedikit (7%).

Analisa Kebijakan

Proses dan Aktor Kebijakan

Konferensi mengenai *Safe Motherhood* di Nairobi pada tahun 1987 telah membuka mata banyak negara akan pentingnya kesehatan ibu, tak terkecuali bagi pemerintah Nepal. Bukti komitmen Nepal untuk memperbaiki status kesehatan ibu tertuang dalam Kebijakan Kesehatan Nasional tahun 1991 yang menyatakan bahwa kesehatan ibu merupakan program prioritas dan mengintegrasikan pelayanan kesehatan ibu di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Kebijakan ini juga menggariskan agar minimal satu pos kesehatan dibangun oleh Lembaga Pengembangan Desa (*Village Development Policy*, VDC) dan minimal satu fasilitas pelayanan kesehatan primer di tiap *electoral constituency* (FHD Govt of Nepal, 2002).

Komitmen ini diikuti oleh pembentukan kelompok kerja yang melibatkan tim ahli untuk mengembangkan *Plan of Action* terkait *Safe Motherhood*. Dari kelompok kerja ini dihasilkan strategi-strategi guna mengurangi angka kematian ibu yang diinisiasi di tiga distrik mulai tahun 1997. Dengan diinisiasinya *pilot project* atau penelitian pendahuluan ini dapat dikatakan bahwa di tahun 1997 inilah NSMP resmi diimplementasikan di Nepal. Temuan dari penelitian pendahuluan ini kemudian dikembangkan menjadi kebijakan nasional yang mencakup dua strategi nasional utama terkait yakni *15-year National Safe Motherhood Plan* (2002-2017) dan *National Safe Motherhood Information Education Communication/Behaviour Change Communication*

Strategy. Rencana aksi nasional untuk *Safe Motherhood* jangka panjang (2002-2017) ini telah memuat tujuan utama, target pencapaian per 5 tahun, serta metode verifikasi dan monitoring untuk setiap keluaran yang diharapkan (FHD Govt of Nepal, 2002). Adanya perumusan kebijakan berdasarkan hasil penelitian pendahuluan ini menunjukkan adanya unsur *evidence-based policy* dalam merumuskan rencana aksi nasional jangka panjang di Nepal.

Dalam pelaksanaannya, rencana aksi ini banyak didukung oleh lembaga-lembaga internasional baik melalui bantuan pembiayaan maupun bantuan teknis dan konsultasi mulai dari perumusan kebijakan di tingkat nasional sampai perancangan intervensi di tingkat fasilitas kesehatan. Beberapa lembaga internasional tersebut antara lain DFID (Department of International Development) United Kingdom yang mengusung *Nepal Safe Motherhood Project* (NSM Project) dan UNICEF dengan program *The Women's Right to Life and Health Project* (WRHLP). Sebagai ilustrasi, NSM Project mendesain intervensi untuk peningkatan kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan rujukan sedangkan WRHLP *men-support* dalam hal pelaksanaan monitoring dan evaluasi indikator proses (Barker et al., 2007).

Aktor utama yang dilibatkan sebagai pelaksana pencapaian target-target dalam rencana aksi ini antara lain: Kementerian Kesehatan, NGO lokal, Komite Pengembangan Kabupaten (*District Development Committee*, DDC), Divisi Perencanaan dan Bantuan Luar Negeri, *Reproductive Health Steering Committee* (RHSC), Pusat Pelatihan Kesehatan Nasional (*National Health Training Center*), VDC, kader (*Female Community Health Volunteer*, FCHV), Dinas Kesehatan tingkat sub-nasional, Kementerian Pekerjaan Umum dan Kementerian Pengembangan Lokal. Ini menunjukkan adanya keterlibatan tidak hanya Kementerian Kesehatan beserta dinas-dinasnya tetapi juga sektor-sektor lain (Barker et al., 2007, FHD Govt of Nepal, 2002). Terjadi sinkronisasi program antar kementerian dan aktor dalam upaya penurunan AKI dan AKBA. Selain itu, AKI dan AKBA telah menjadi *cross-cutting issue* sehingga koordinasi dalam perumusan kebijakan dan implementasi dapat dilakukan dengan baik.

Kebijakan mengenai legalisasi tindakan aborsi merupakan salah satu isu yang berkembang sebagai dampak dari rencana aksi *Safe Motherhood*. Hasil *baseline assessment* praktik perawatan aborsi dan pasca-aborsi selama 1999-2002 menjadi pondasi dibentuknya kebijakan mengenai legalisasi praktik aborsi untuk usia kehamilan tertentu. Ini merupakan langkah yang cukup berani mengingat kultur di Nepal yang masih tertutup dalam membicarakan isu kesehatan reproduksi secara terbuka (Barker et al., 2007, Pandey et al., 2013).

Dua kebijakan lain terkait dengan rencana aksi ini yaitu kebijakan untuk persalinan dengan tenaga terlatih dan bank darah untuk melengkapi fasilitas penatalaksanaan obstetri kegawatdaruratan (Rath et al., 2007). Ini merupakan

point penting di mana strategi utama yang digariskan di NSM Project yaitu penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri, juga dikuatkan oleh strategi lain yang secara langsung (bank darah) dan tidak langsung (peningkatan persalinan yang aman oleh tenaga ahli) mempengaruhi *outcome* yang diharapkan dari strategi utama tersebut.

Konteks Kebijakan

Meskipun dokumen hukum mengenai sistem kasta telah dihapuskan pada tahun 1963, perlakuan dan perilaku masyarakat masih mencerminkan adanya pengkastaan baik dalam hal sosial, ekonomi dan politik. Studi terdahulu menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan yang signifikan untuk akses ke pelayanan kesehatan serta status gizi antara kasta yang satu dengan yang lainnya.

Akses ke pelayanan keluarga berencana (KB) dan pelayanan antenatal terburuk di kasta-kasta yang tinggal di daerah rural sedangkan terbaik di kasta-kasta yang tinggal di daerah perkotaan. Begitu pula untuk pelayanan terkait KIA yang lain seperti: pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan persalinan di fasilitas kesehatan. Adanya kasta ini juga berpengaruh terhadap perilaku tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan ke masyarakat (Pandey et al., 2013).

Dalam merumuskan kebijakan terkait dengan NSM Project, Pemerintah Nepal banyak memfokuskan intervensi untuk meningkatkan akses populasi yang termarginalisasi ke pelayanan kesehatan, baik dengan intervensi yang diarahkan kepada *health provider* maupun kepada masyarakat itu sendiri.

Isi Kebijakan

Tiga misi utama di rencana aksi nasional ini yaitu: meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan obstetri, meningkatkan ketersediaan pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas serta memperkuat kedudukan wanita baik dari aspek sosial maupun regulasi (FHD Govt of Nepal, 2002). Dari 3 misi utama ini dikembangkan menjadi fokus-fokus kegiatan meliputi: implementasi strategi nasional untuk penyebaran informasi, edukasi dan komunikasi, pemberdayaan masyarakat, peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga ahli, peningkatan sumber daya manusia kesehatan, serta pengembangan model monitoring dan evaluasi kegiatan.

NSM Project – DFID merupakan program yang paling banyak berkontribusi dalam merancang dan melaksanakan strategi untuk memperbaiki pilar-pilar

sistem kesehatan di Nepal, meliputi: regulasi, sumber daya manusia, pelayanan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat. Aktivitas-aktivitas utama dari NSM Project telah dirancang untuk membantu menyelesaikan permasalahan kesehatan ibu dan anak.

a. Peningkatan jumlah, skills dan perilaku tenaga kesehatan

Angka linakes dan persalinan di fasilitas masih rendah di Nepal sangat rendah, yaitu 10,1% dan 7,6% di tahun 1996 (Pradhan and New, 1997). Angka penatalaksanaan komplikasi yang tidak terpenuhi pun sangat tinggi, lebih dari 90% (Rath et al., 2007).

Intervensi yang diimplementasikan untuk memperbaiki kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan antara lain: pelatihan tenaga kesehatan yang ekstensif, pelibatan tenaga kesehatan selain bidan, memperbaiki sikap dan perilaku petugas kesehatan serta meningkatkan volume pelayanan pemberian insentif bagi tenaga kesehatan terkait pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Pelatihan bidan tidak lagi memfokuskan pada pertolongan persalinan normal tetapi mulai mengarah ke penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri. Hal ini sesuai dengan kondisi masyarakat Nepal dengan persalinan di fasilitas sangat rendah sehingga kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan perlu ditarik ke arah pemberian layanan primer. Tingginya tingkat pergantian staf diantisipasi dengan pemberian pelatihan ekstensif dan peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan tidak hanya terfokus pada bidan, tetapi juga perawat dan dokter untuk kasus kegawatdaruratan (Barker et al., 2007, Rath et al., 2007). Hal ini penting untuk meningkatkan *sense of belonging* seluruh tenaga kesehatan bahwa penurunan AKI tidak hanya menjadi tanggung jawab bidan saja. Penyelenggaraan pelatihan petugas ini sudah berkolaborasi dengan *National Health Training Centre* sehingga secara tidak langsung juga memperkuat kapasitas lembaga pemerintah dalam memberikan *capacity building* serta diharapkan dapat meningkatkan *sustainability* program.

Selain pelatihan dengan materi klinis, intervensi untuk memperbaiki sikap dan perilaku tenaga kesehatan dalam pemberian pelayanan juga dilakukan untuk mengurangi perilaku diskriminasi pasien berdasarkan kasta (Clapham et al., 2008). Dari segi faktor kultural, adanya faham "*ke garne*" yang mengandung makna "tidak perlu susah payah berusaha karena tidak ada satupun yang dapat berubah" dianggap bisa menghambat motivasi tenaga kesehatan untuk memperbaiki diri. Metode *participatory approach* dilakukan dan dibarengi dengan pelatihan petugas kesehatan yang ekstensif dilakukan untuk memperbaiki motivasi petugas kesehatan dalam bekerja dan menanamkan semangat perubahan (Wilkinson, 2004).

Pelatihan bidan tidak lagi memfokuskan pada pertolongan persalinan normal tetapi mulai mengarah ke penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri .

b. Gender empowerment dan pendekatan kultural bagi masyarakat

Mengatasi faktor kultural atau norma kebiasaan merupakan hal yang mutlak diperlukan untuk membantu memperbaiki *demand*, pengetahuan dan *health-seeking behavior* (Basnyat, 2011). Faktor *gender inequality*, dalam hal ini lemahnya posisi wanita dalam keluarga, merupakan salah satu faktor yang berkontribusi pada rendahnya tingkat pertolongan persalinan oleh tenaga ahli di Nepal (Adhikari, 2010). Untuk menjembatani isu kultural dan ketidaksetaraan gender, metode diskusi yang melibatkan seluruh keluarga, terutama suami dan ibu mertua, banyak diterapkan. Berdasarkan pengalaman di Nepal, diskusi antara ibu mertua dan menantu menjadi titik masuk yang penting untuk meluruskan persepsi dan perilaku terkait kesehatan ibu serta posisi wanita di dalam keluarga. Dalam mendiskusikan isu ini, penting untuk menggunakan materi yang mencerminkan kearifan dan norma lokal (Manandhar et al., 2004).

c. Perbaikan penatalaksanaan obstetri kegawatdaruratan, sistem pencatatan di rumah sakit dan kualitas pelayanan kesehatan

Rumah sakit dengan kemampuan penatalaksanaan obstetri komprehensif (PONEK) dibangun di 25 distrik yang mencakup kurang lebih 15% masyarakat Nepal. Pembangunan ini dibarengi dengan peningkatan kualitas pencegahan infeksi di rumah sakit yang secara tidak langsung memperbaiki tingkat kebersihan dan menurunkan risiko infeksi nosokomial (Rath et al., 2007). Terkait dengan monitoring pencapaian program ini, dibangun sistem pencatatan dan pelaporan indikator-indikator proses di RS yang telah terhubung dengan sistem yang ada di pemerintahan.

Masalah utama dalam hal kualitas fasilitas pelayanan kesehatan di Nepal yaitu: rendahnya kualitas pelayanan kesehatan milik pemerintah yang mengakibatkan rendahnya akses ke fasilitas dan pelayanan kesehatan di kalangan masyarakat. Hal ini diperberat dengan ketidakmampuan masyarakat untuk mengakses fasilitas pelayanan kesehatan, terutama masyarakat dengan pendidikan dan kasta rendah. Dalam hal ini, manajemen rumah sakit telah diperkenalkan dengan *quality of care package* yang menggariskan untuk perbaikan kualitas pelayanan secara umum dengan melibatkan masyarakat setempat serta komite pengawasan untuk *me-review* aspek-aspek mutu di rumah sakit (Rath et al., 2007).

d. Meningkatkan demand pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih

Biaya dan kendala transportasi merupakan alasan utama rendahnya persalinan oleh tenaga terlatih atau persalinan di fasilitas (Powell-Jackson et al., 2009). Selain memberikan insentif dan pelayanan gratis pada masyarakat yang membutuhkan, pemberdayaan masyarakat juga diupayakan dalam hal mengorganisir tabungan atau pinjaman untuk persalinan di fasilitas kesehatan atau penanganan komplikasi obstetri termasuk transport untuk merujuk (Morrison et al., 2011). Seiring dengan upaya-upaya tersebut di atas, informasi dan edukasi mengenai kesehatan ibu – anak serta program yang sedang digulirkan juga disebarluaskan kepada seluruh masyarakat, dengan memfokuskan pada populasi yang paling rentan terhadap masalah sosio-ekonomi dan kesehatan.

e. Pemberdayaan Masyarakat

Upaya pemberdayaan masyarakat tidak hanya sebatas edukasi, tabungan bersalin ataupun memotivasi masyarakat untuk ikut serta dalam memberikan pelayanan kesehatan promotif (*community newborn care package*) (Pradhan et al., 2012), tetapi juga dalam memelihara dan bertanggungjawab terhadap kualitas pelayanan fasilitas kesehatan (Wilkinson, 2004).

f. Penguatan Sistem Monitoring dan Evaluasi

Selain sistem monitoring berbasis indikator proses dengan pencatatan dan pelaporan di tingkat rumah sakit, monitoring juga dilaksanakan melalui metode KIM (*Key Informant Monitoring*) yaitu monitoring oleh warga setempat untuk memantau pengaruh kebijakan NSM Project dengan pendekatan wawancara kualitatif dan etnografis. Hal ini penting untuk menangkap faktor-faktor dan

interaksi yang terselubung di masyarakat yang mungkin dapat mempengaruhi sikap dan perilaku terkait kesehatan ibu.

Faktor Pendukung dan Penghambat

Dalam kurun waktu 10 tahun, persalinan yang ditolong tenaga kesehatan naik dari 10,1% menjadi 36% dan persalinan di fasilitas naik dari 7,6% menjadi 35,3%. Angka *unmet need* untuk *cesarean section* sebanyak 1,3% per tahun selama 5 tahun terakhir (Bhatta et al., 2012). Meskipun demikian, angka persalinan oleh tenaga kesehatan dan persalinan di fasilitas masih terbilang rendah. Hal ini menarik karena dengan tingkat persalinan oleh tenaga kesehatan dan persalinan di fasilitas yang terbilang cukup rendah, AKI di Nepal mengalami penurunan signifikan hingga separuh dari AKI 10 tahun yang lalu. Hal ini mengindikasikan adanya faktor lain yang secara tidak langsung mempengaruhi situasi kesehatan ibu dan anak di Nepal.

Suksesnya program keluarga berencana yang ditandai oleh meningkatnya prosentase pengguna kontrasepsi sampai dua kali lipat dan menurunnya angka fertilitas dari 2,6 menjadi 1,6 dalam 10 tahun terakhir, diduga menjadi salah satu faktor yang berkontribusi kuat pada penurunan AKI, AKB, dan AKABA. HDI meningkat dari 0,34 menjadi 0,46 dalam waktu 2 dekade. Di samping itu, angka literasi pada wanita mengalami peningkatan yang cukup bermakna yang menandakan bahwa wanita sudah mendapatkan pendidikan yang lebih baik dalam satu dekade terakhir. 71% wanita memperoleh uang kontan, insentif ataupun pengganti biaya transportasi untuk persalinan yang menandakan bahwa *barrier* biaya seharusnya tidak lagi menjadi penghalang seseorang untuk mengakses fasilitas kesehatan.

Tingginya frekuensi pergantian pejabat atau staf baik di ranah struktural maupun fungsional di instansi-instansi terkait menjadi salah satu hal yang dapat menghambat pencapaian tujuan serta mengurangi kontinuitas program. Meskipun telah dilakukan *capacity building* secara ekstensif dan *on-going*, perlu memikirkan bagaimana *exit strategy* apabila pendanaan dari donor dan bantuan teknis dari lembaga internasional dihentikan.

Kesimpulan Hasil Telaah dari Sri Lanka dan Nepal

Sri Lanka dan Nepal merupakan dua negara di kawasan Asia yang berhasil mencapai target MDGs 4 dan 5. Perlu digarisbawahi *baseline* kedua negara ini saat MDGs diluncurkan sangat berbeda; Sri Lanka telah berhasil menurunkan angka kematian ibu dan anaknya jauh sebelum tahun 1990, sementara Nepal mencapai keberhasilan yang dramatis dalam satu setengah dekade terakhir. Namun, pendekatan kebijakan dan struktur sistem kesehatan kedua negara ini dapat diadaptasi untuk implementasi di Indonesia.

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

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 anak. 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 dan anak di Indonesia adalah:

- 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 Di Sri Lanka dan Nepal, intervensi yang diberikan di wilayah yang termarginalisasi berbeda signifikan daripada di wilayah lainnya. Di wilayah yang termarginalisasi, artinya yang sebagian masyarakatnya berstatus ekonomi rendah, upaya perbaikan pelayanan kesehatannya dilakukan baik dari segi *demand* yaitu memberi insentif untuk persalinan oleh tenaga kesehatan, juga dari *supply* dengan meningkatkan kualitas rumah sakit secara komprehensif sebagai sarana rujukan.
- 3 Penting 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.
- 4 Sebagai contoh di Nepal, setelah memperoleh hasil dari *pilot project* selama 3 tahun dan mendapatkan bukti keberdayagunaan dari intervensi untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak di distrik tertentu, *project* tersebut didiseminasikan di tingkat lebih luas yaitu nasional. Hal ini perlu ditekankan untuk penyusun kebijakan kesehatan di Indonesia ke depannya bahwa segala bentuk intervensi harus berdasarkan bukti ilmiah keberhasilan dari intervensi tersebut di negara kita sendiri, minimal dari studi *pilot* sehingga meminimalisasi masalah yang akan timbul di tahap implementasi yang lebih lanjut.
- 5 Perlu menggarisbawahi faktor-faktor non kesehatan yang berpengaruh pada turunnya AKI, AKB dan AKABA misalnya: perbaikan angka literasi, perbaikan status sosial-ekonomi, peningkatan urbanisasi dan peningkatan HDI.
- 6 Sejalan dengan unsur *equitable policy*, pembuat kebijakan di Indonesia juga perlu mengidentifikasi siapa saja populasi atau wanita yang perlu perhatian lebih dalam peningkatan aspek non-kesehatan ini, termasuk pendidikan intensif untuk daerah rawan bencana kesehatan, dan sub-populasi dengan akses informasi yang terbatas.
- 7 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.
- 8 Bidan yang dibiayai oleh pemerintah menjadi ujung tombak pelayanan ke

sehatan reproduksi dan ibu, dan layanan tersedia 24 jam sehari. Poin ini sangat relevan dengan kebijakan bidan desa Indonesia yang perlu direvisi dan memastikan bahwa program penempatan tenaga kesehatan di daerah terpencil tetap berjalan melalui insentif yang berkesinambungan.

- 9 Pentingnya memperkuat kembali program keluarga berencana untuk mengontrol kelahiran merupakan salah satu faktor yang berkontribusi pada penurunan AKI, AKB dan AKABA.
- 10 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, bayi dan balita.
- 11 Perlunya pengembangan upaya pemberdayaan masyarakat dari peranan sebagai penyedia pelayanan kesehatan promotif ataupun preventif menjadi pihak yang memiliki dan bertanggung jawab akan fasilitas kesehatan yang ada di wilayahnya.
- 12 Di Indonesia masih minim upaya melibatkan masyarakat untuk turut serta berpartisipasi dan bertanggung jawab untuk meningkatkan kualitas fasilitas kesehatan (seperti: Rumah Sakit, Puskesmas) di wilayah tempat tinggal masing-masing.
- 13 Dalam memberikan insentif untuk masyarakat yang tidak mampu, perlu memastikan bahwa skema insentif tidak menambah beban baru bagi masyarakat tersebut.
- 14 Di Indonesia, skema Jampersal banyak mendapat kritisi bahwa nominal yang ditanggung di bawah standar tarif *health providers* yang pada akhirnya menyurutkan animo *health providers* untuk berpartisipasi, serta tidak ditanggungnya uang transport yang biayanya dapat lebih besar daripada biaya persalinan itu sendiri.
- 15 Penting untuk melibatkan fungsi dan peranan tenaga kesehatan lain selain bidan, misalnya: dokter, perawat dan paramedik untuk turut serta dalam upaya penurunan AKI, AKB dan AKABA.
- 16 Di Nepal, tidak hanya melibatkan bidan, dokter umum dan paramedik pun dilibatkan dalam upaya meningkatkan status kesehatan ibu dan anak. Penerapannya dapat disesuaikan dengan konteks lokal masing-masing provinsi atau kabupaten/kota sesuai dengan ketersediaan SDM kesehatan.
- 17 Penting untuk benar-benar memahami konteks budaya dari suatu daerah.
- 18 Contohnya yaitu pengaruh adanya sistem kasta di Nepal yang berdampak pada keengganan petugas kesehatan untuk menolong masyarakat yang kastanya lebih rendah, anggapan tidak pantasnya suami yang kastanya lebih tinggi untuk membopong istrinya yang kastanya lebih rendah dan rendahnya posisi tawar wanita di dalam keluarga. Pendekatan kultural semacam ini mutlak perlu untuk daerah-daerah dengan karakteristik budaya tertentu, misalnya di Indonesia sebut saja: Papua dan Banten.

- 19 Perlunya mengembangkan sistem surveilans (pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi serta penyebaran data secara sistematis dan berkelanjutan), monitoring dan evaluasi yang memberdayakan peranan masyarakat lokal sebagai interviewer dan pengamat di lingkungannya, terutama di daerah rawan konflik dan yang kurang bisa menerima warga pendatang, sehingga dapat menggali lebih dalam mengenai problema yang terjadi di masyarakat.
- 20 Registrasi vital dan penelusuran kematian ibu harus disiapkan sejak awal dan digunakan sebagai alat advokasi. Sistem informasi kesehatan yang dibangun sejak awal terbukti dapat membantu monitoring program melalui data yang berkualitas. Studi ini menunjukkan bahwa Sri Lanka dan Nepal berhasil menempatkan sistem ini.
- 21 Perkembangan layanan kesehatan primer harus dimulai dengan menjangkau populasi rawan kesehatan dan dilanjutkan dengan penjaminan kualitas layanan, peningkatan kapasitas manajemen di level sub-nasional, menjamin hubungan yang baik antar sistem pedesaan dengan rumah sakit, hingga akhirnya pengembangan sumber daya kesehatan untuk level layanan yang lebih tinggi.
- 22 Sistem pelayanan kesehatan primer harus tetap dijaga sebagai sistem yang mampu menjangkau seluruh populasi. Poin yang perlu diperhatikan juga adalah layanan primer untuk kesehatan ibu dan anak melalui bidan dilakukan seiring dengan pengembangan layanan obstetri emergensi dan direncanakan sebagai dua upaya yang saling mendukung dan tidak berkompetisi satu sama lainnya. Atau dengan kata lain, investasi untuk fasilitas PONEK, misalnya, seharusnya tidak mengurangi investasi atau perhatian pemerintah kepada program bidan desa, dokter PTT (Pegawai Tidak Tetap) dan Posyandu.

Langkah ke Depan untuk Kebijakan Kesehatan di Indonesia

Beberapa rekomendasi yang berpotensi dan perlu diterapkan di Indonesia untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak adalah:

1 Mengembangkan jaminan kesehatan komprehensif dan universal

Kesehatan harus ditempatkan dalam salah satu bidang utama, selain pendidikan, pangan dan infrastruktur dasar. Dengan dasar Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), pada Januari 2014 di Indonesia akan diterapkan jaminan kesehatan nasional dengan pendekatan *universal coverage*, artinya seluruh penduduk akan menjadi peserta dan dapat memanfaatkan program jaminan kesehatan nasional. Hal ini tentu sangat positif bagi upaya meningkatkan akses masyarakat terhadap faskes dan tentu akan mendorong peningkatan kualitas kesehatan masyarakat. Meskipun persiapan pemerintah masih belum optimal, namun pelaksanaan jaminan kesehatan model ini akan menjadi pengungkit kualitas kesehatan secara menyeluruh, termasuk kesehatan ibu, balita dan bayi.

2 Penekanan *equity and affirmative policy* dalam kebijakan kesehatan ibu-anak

Populasi yang rawan kesehatan merupakan populasi target baik di Sri Lanka maupun Nepal. Kebijakan kesehatan di Indonesia juga dapat lebih menitikberatkan pada investasi untuk populasi rawan kesehatan ini, misalnya melalui penempatan dokter, bidan, dan perawat sesuai dengan kebutuhan. Kebutuhan di sini tidak hanya dilihat dari rasio tenaga kesehatan dibanding jumlah populasi, namun juga rasio terhadap luas

wilayah yang harus dilayani oleh tenaga kesehatan. Di Papua misalnya, walaupun jumlah dokter mungkin dinilai telah cukup untuk sekitar 2,8 juta penduduk, namun situasi geografis daerah Papua membutuhkan lebih banyak penempatan tenaga medis dan paramedis yang permanen.

3 Cakupan asuransi atau pembiayaan kesehatan yang menjangkau masyarakat miskin secara komprehensif

Salah satu pendekatan yang dilakukan di Sri Lanka adalah memastikan bahwa rakyat tidak mampu dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang memberikan layanan berkualitas. Dari segi pembiayaan kesehatan, Indonesia dapat memberikan proteksi finansial yang lebih komprehensif. Misalnya dengan membiayai transportasi untuk rujukan pasien. Di mana saat ini, misalnya, pasien Jampersal masih perlu mengeluarkan biaya transportasi untuk rujukan yang dapat membebani biaya pengobatan untuk keluarga miskin.

4 Pengembangan layanan primer yang mengutamakan cakupan serta kualitas layanan untuk masyarakat

Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar perlu terus dikembangkan sebagai pusat upaya kesehatan promotif dan preventif serta kuratif. Dari Profil Kesehatan Indonesia (2013) masih terdapat 6.199 Puskesmas yang tidak memiliki tempat tidur, dan sekitar 21% tidak memiliki dokter (PODES, 2011). Puskesmas perlu memiliki fasilitas pendukung yang cukup dan tenaga medis serta paramedis yang dapat menunjang fungsinya sebagai layanan primer di level paling dasar di Indonesia.

5 Revitalisasi program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia

Program Keluarga Berencana di Indonesia mengalami kemunduran sejak era desentralisasi kesehatan di tahun 2004, terlihat dari berkurangnya kader BKKBN serta banyaknya unit teknis bidang KB di level kabupaten/kota yang di-*merger* dengan unit teknis lainnya. Misalnya KB digabung dengan bidang Kependudukan dan Pencatatan Sipil, KB dengan Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, KB dengan bidang Pemberdayaan Masyarakat dan lain sebagainya. Ini menunjukkan bahwa banyak kabupaten/kota yang tidak memprioritaskan program KB. Di bidang lain pun demikian, terjadi pengelompokan urusan yang serampangan.

Karut marut ini telah diatasi oleh pemerintah pusat dengan menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang pembagian urusan pemerintahan, antara pemerintah, pemerintah daerah provinsi dan

pemerintah daerah kabupaten/kota dan dilengkapi dengan Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang organisasi perangkat daerah. Namun, dalam praktiknya tetap saja program KB kurang mendapat perhatian pemerintah kabupaten/kota.

Dengan jumlah penduduk yang besar dan penambahan jumlah penduduk yang makin pesat, Indonesia harus kembali merevitalisasi program KB dalam hubungannya dengan meningkatkan kualitas kehamilan dan menurunkan angka fertilitas.

6 Menggunakan *evidence* dalam merumuskan kebijakan

Pembuat kebijakan kesehatan di Indonesia perlu mulai secara sistematis memasukkan hasil telaah ilmiah dan temuan akademik sebagai dasar dalam membuat kebijakan. Berbagai *best practice* misalnya, telah tersedia dari berbagai negara berkembang dan maju yang dapat dijadikan perbandingan dan pembelajaran sebelum memulai kebijakan baru. Atau untuk memperbaiki kebijakan yang ada. Contoh dari Nepal menunjukkan bahwa semua program kesehatan perlu diuji keefektivannya sebelum diterapkan secara nasional. Program atau kebijakan kesehatan di Indonesia harus menerapkan *need assessment*, ujicoba program, dan evaluasi sebelum menjadi program nasional. Hal ini akan menciptakan program yang lebih sesuai dengan konteks lokal dan menghindari kegagalan program yang berakibat pada tidak efisiennya penggunaan biaya kesehatan.

**Kesehatan harus
ditempatkan dalam salah
satu bidang utama, selain
pendidikan, pangan dan
infrastruktur dasar.**

Referensi

- ADHIKARI, R. 2010. Demographic, socio-economic, and cultural factors affecting fertility differentials in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10.
- ATTANAPOLA, C. T. 2008. Women's empowerment for promoting health: Stories of migrant women workers in Katunayake export-processing zone, Sri Lanka. *Norsk Geografisk Tidsskrift*, 62, 1-8.
- BARKER, C. E., BIRD, C. E., PRADHAN, A. & SHAKYA, G. 2007. Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: An Integrated Approach. *Reproductive Health Matters*, 15, 81-90.
- BASNYAT, I. 2011. Beyond biomedicine: Health through social and cultural understanding. *Nursing Inquiry*, 18, 123-134.
- BHATTA, P., ACHARYA, S., ADHIKARI, U., DHAKAL, M., KHATIWADA, N., THAPA, A., KUMARI, L., POKHREL, R., KHANAL, M., GHIMIRE, P., ADHIKARI, R., SHEDAIN, P., SHRESTHA, P., ADHIKARI, D., PANDEY, J., SHRESTHA, K., MANANDHAR, J., GOVINDASAMY, P. & PRADHAN, A. 2012. *Nepal demographic and health survey 2011*, Kathmandu, Nepal, ICF International Calverton, Maryland, USA.
- CLAPHAM, S., POKHAREL, D., BIRD, C. & BASNETT, I. 2008. Addressing the attitudes of service providers: Increasing access to professional midwifery care in Nepal. *Tropical Doctor*, 38, 197-201.
- COLLIE, M. 2003. Challenges of war surgery in Mallavi, Sri Lanka.

Medicine, Conflict and Survival, 19, 45-48.

DE BERNIS, L., SHERRATT, D. R., ABOUZAHR, C. & VAN LERBERGHE, W. 2003.

Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care.

British Medical Bulletin, 67, 39-57.

FERNANDO, D., JAYATILLEKA, A. & KARUNARATNA, V. 2003. Pregnancy -

Reducing maternal deaths and disability in Sri Lanka: national

strategies. *British Medical Bulletin*, 67, 85-98.

FHD GOVT OF NEPAL 2002. *Nepal Safe Motherhood Plan 2002-2017*,

Kathmandu, Nepal, Department of Health Service.

GUNASERERA, P. & WIJESINGHE, P. 1996. Maternal health in Sri Lanka. *The*

Lancet, 347, 769.

KARUNATHILAKE, 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.

KOBLINSKY, M. A., CAMPBELL, O. & HEICHELHEIM, J. 1999. Organizing delivery

care: what works for safe motherhood? *Bulletin of the World Health*

Organization, 77, 399.

LANGFORD, C. M. 1996. Reasons for the decline in mortality in Sri Lanka

immediately after the Second World War: a re-examination of the

evidence. *Health Transition Review*, 3-23.

LILJESTRAND, J. & PATHMANATHAN, I. 2004. Reducing Maternal Mortality:

Can We Derive Policy Guidance from Developing Country

Experiences? Critical Elements in Reducing Maternal Mortality.

Journal of public health policy, 299-314.

MANANDHAR, P. D. S., OSRIN, D., PRASAD SHRESTHA, B., MESKO, N.,

MORRISON, J., MAN TUMBAHANGPHE, K., TAMANG, S., THAPA, S.,

SHRESTHA, D., THAPA, B., RAJ SHRESTHA, J., WADE, A., BORGHI, J.,

STANDING, H., MANANDHAR, M. & COSTELLO, P. A. M. D. L. 2004.

Effect of a participatory intervention with women's groups on birth

outcomes in Nepal: Cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364,

970-979.

MORRISON, J., TUMBAHANGPHE, K. M., BUDHATHOKI, B., NEUPANE, R.,

SEN, A., DAHAL, K., THAPA, R., MANANDHAR, R., MANANDHAR, D.,

COSTELLO, A. & OSRIN, D. 2011. Community mobilisation and health

management committee strengthening to increase birth attendance

by trained health workers in rural Makwanpur, Nepal: Study protocol

for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 12.

NANAYAKKARA, K. 1980. *Fertility Decline in Sri Lanka: A Survey of Population*

Policies, Sri Lanka Institute of Development Administration.

- ORGANIZATION, W. H. 2010. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. *Geneva: World Health Organization*.
- PANDEY, J. P., DHAKAL, M. R., KARKI, S., POUDEL, P. & 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.
- PATHMANATHAN, I., LILJESTRAND, J., MARTINS, J., RAJAPAKSA, L., LISSNER, C. & DE SILVA, A. E. A. 2003. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*, Washington, DC, World Bank.
- PERERA, W. S. 1993. Changing trends in maternity care in Sri Lanka. *The Ceylon medical journal*, 38, 64-71.
- POWELL-JACKSON, T., NEUPANE, B. D., TIWARI, S., TUMBAHANGPHE, K., MANANDHAR, D. & COSTELLO, A. M. 2009. The impact of Nepal's national incentive programme to promote safe delivery in the district of Makwanpur. *In: CHERNICHOVSKY, D. & HANSON, K. (eds.)*.
- PRADHAN, A. & NEW, E. 1997. *Nepal family health survey, 1996*, Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health.
- PRADHAN, Y. V., UPRETI, S. R., NARESH PRATAP, K. C., ASHISH, K. C., KHADKA, N., SYED, U., KINNEY, M. V., ADHIKARI, R. K., SHRESTHA, P. R., THAPA, K., BHANDARI, A., GREAR, K. & GUENTHER, T. 2012. Newborn survival in Nepal: A decade of change and future implications. *Health Policy and Planning*, 27, iii57-iii71.
- RANAN-ELIYA, R. & SIKURAJAPATHY, L. 2009. Sri Lanka: "Good Practice" in Expanding Healthcare Coverage. *Institute of Health Policy*. Colombo, Sri Lanka.
- RATH, A. D., BASNETT, I., COLE, M., SUBEDI, H. N., THOMAS, D. & MURRAY, S. F. 2007. Improving Emergency Obstetric Care in a Context of Very High Maternal Mortality: The Nepal Safer Motherhood Project 1997-2004. *Reproductive Health Matters*, 15, 72-80.
- REILLEY, B., SIMPSON, I., FORD, N. & DUBOIS, M. 2002. Conflict in Sri Lanka: Sri Lanka's health service is a casualty of 20 years of war. *BMJ: British Medical Journal*, 324, 361.
- SENEVIRATNE, H. & RAJAPAKSA, L. 2000. Safe motherhood in Sri Lanka: a 100-year march. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 70, 113-124.
- STARRS, A. 1998. The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade, Report on the Safe Motherhood Technical Consultation

18, 23 October 1997, Colombo, Sri Lanka. *Colombo, Sri Lanka*.

UNICEF 2011. State of the World's Children 2011. New York: UNICEF.

VAN DOORSLAER, E., O'DONNELL, O., RANNAN-ELIYA, R. P., SOMANATHAN, A., ADHIKARI, S. R., GARG, C. C., HARBIANTO, D., HERRIN, A. N., HUQ, M. N. & IBRAGIMOVA, S. 2006. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *The Lancet*, 368, 1357-1364.

VICTORA, C. G., WAGSTAFF, A., SCHELLENBERG, J. A., GWATKIN, D., CLAESON, M. & HABICHT, J.-P. 2003. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *The Lancet*, 362, 233-241.

VIDYASAGARA, N. 2001. Health care in the plantation sector. *Journal of the College of Community Physicians of Sri Lanka*, 29.

WIJEMANNE, E. 1976. Population growth and educational development. *Population of Sri Lanka, ESCAP Country Monograph Series*, 208-233.

WILKINSON, D. 2004. The Nepal Safer Motherhood Project (NSMP): A Model for Change. *Family Health Division, Department of Health Services*.

YAMADA, S., GUNATILAKE, R. P., ROYTMAN, T. M., GUNATILAKE, S., FERNANDO, T. & FERNANDO, L. 2006. The Sri Lanka tsunami experience. *Disaster Management & Response*, 4, 38-48.

REPORT ON THE ACHIEVEMENT OF MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS IN INDONESIA 2011, Ministry of National Development Planning/National Development Planning Agency (BAPPENAS, 2012);

BUILDING A FUTURE FOR WOMEN AND CHILDREN: THE 2012 REPORT.

WORLD GLOBAL EXPENDITURE DATABASE, WHO, 2011-2012;

NEPAL MDGS PROGRESS REPORT, 2010;

SRI LANKA MDGS REPORT COUNTRY, 2010.

<http://www.worldbank.org/en/country/vietnam>

<http://www.worldbank.org/en/country/indonesia>

Perkumpulan Prakarsa sebagai lembaga penelitian dan peningkatan kapasitas yang memiliki *concern* terhadap pencapaian target MDGs 2015 khususnya mengenai penurunan AKI dan AKABA memandang perlunya pemerintah Indonesia untuk menilik dan belajar dari upaya yang sudah dilakukan negara-negara berkembang lain di kawasan Asia yang berhasil mencapai penurunan AKI dan AKABA secara signifikan.

Setyo Budiantoro
Direktur Eksekutif Perkumpulan Prakarsa



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

ISBN 978 - 979 - 99553 - 7 - 1

Brot
für die Welt

 **eed**
Evangelischer
Entwicklungsdienst