BAB III

OBJEK PENELITIAN

3.1 Gambaran Umum *World Health Organization*

Pada tahun 1948, Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) membentuk suatu organisasi yang mengkhususkan diri untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat dunia. Organisasi tersebut adalah *World Health Organization* atau yang lebih dikenal dengan WHO. (WHO,1999: 1-8)

Dengan adanya kehadiran WHO, diharapkan dapat membantu permasalahan kesehatan yang dihadapi di berbagai negara, terutama di negara berkembang. Karena di negara berkembang masih banyak terdapat permasalahan yang belum bisa dihadapi atau diatasi sendiri, dengan kehadiran WHO dapat memudahkan proses dalam mengurangi jumlah kematian yang disebabkan oleh berbagai penyakit. Kesehatan merupakan modal penting dalam pembangunan suatu negara, oleh sebab itu masyarakat dunia membutuhkan adanya suatu organisasi internasional yaitu WHO yang fokus terhadap permasalahan kesehatan dan untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi setiap negara.

3.1.1 Latar Belakang Berdirinya *World Health Organization*

Aktifitas kesehatan internasional diawali dengan pemberlakuan karantina atau pengisolasian pada kapal-kapal dan para pendatang untuk melindungi kota-kota atau negara dari wabah penyakit dan berbagai penyakit menular terutama yang datang dari timur. Pada abad ke-14, pelabuhan sepanjang laut Adriatik

mengenal zaman isolasi bagi kapal-kapal, termasuk para penumpang dan barang-barang sebagai perlindungan melawan wabah.

Pada tahun 1948, kewenangan Venesia menggunakan sistem “karantina” ini untuk membentuk seperangkat kode lengkap mengenai peraturan karantina terhadap penyakit-penyakit. Hal ini kemudian diikuti oleh sejumlah negara. Dari sinilah, berkembang berbagai pengetahuan tentang penyakit dan pengontrolannya mulai dirasionalisasikan.

Kerjasama dan Konferensi Internasional dalam bidang kesehatan pun diadakan, yaitu *Internasional Sanitary Conference* I di Paris pada tanggal 23 Juli 1851 untuk mempersiapkan kode kesehatan internasional. Konferensi ini bertujuan untuk menetapkan keseragaman kebijaksanaan atau pemeriksaan dan karantina yang dilakukan pada kapal-kapal yang berlabuh di pelabuhan Eropa, untuk mencegah menjalarnya wabah penyakit, seperti kuning, cacar, thypus dan juga wabah kolera yang mematikan di Eropa. Di akhir konferensi, sebuah kode kesehatan internasional disetujui, tetapi tidak pernah diratifikasi.(WHO,1999: 1-8)

Kantor kesehatan Internasional *(International Sanitary Bureau)* didirikan oleh Amerika tahun 1902 namanya kemudian menjadi *Pan American Sanitary Bureau*. Kemudian pada tahun 1907 di Roma, 12 negara menyetujui kesepakatan *“Arrangement of Rome”* untuk pertama kalinya membentuk organisasi kesehatan internasional bernama *Office International d’Hygiene Publique* (OIHP).

Setelah Perang Dunia I (1914-1918), saat terbentuk Liga Bangsa-Bangsa (LBB) dan organisasi kesehatannya diajukan sebuah proposal untuk membentuk organisasi internasional yang tunggal. Akan tetapi, negosiasi gagal dan tetap ada 2

organisasi kesehatan internasional. Organisasi kesehatan LBB menjalankan aktivitasnya di bidang isu-isu kesehatan yang luas.

Kemudian selama Perang Dunia II, kegagalan LBB di gantikan oleh PBB yang didasari Deklarasi PBB pada tanggal 1 Januari 1942. PBB kemudian menyelenggarakan Konferensi Organisasi Internasional pada tanggal 25 April-25 Juni 1945 di San Fransisco, yang kemudian diikuti dengan penandatanganan piagam PBB pada hari terakhir. Konferensi PBB pun muncul secara tidak resmi pada tanggal 24 Oktober 1945.

Dalam Artikel 57 dan 62 Piagam PBB, konsep “kesehatan” dimasukkan dan mewakili sebuah pengakuan bahwa kemajuan sosial, ekonomi, dan politik merupakan persyaratan kemajuan suatu negara akan kesehatan masyarakat. Hal ini kemudian diikuti oleh usulan pembentukkan organisasi kesehatan Internasional yang akan dimasukkan ke dalam Dewan Ekonomi dan Sosial (*Economic and Social Council-ECOSOC*) PBB oleh delegasi Brazil dan Cina dalam sebuah Deklarasi Bersama. Pada bulan Februari 1946, sebagai kelanjutan Persetujuan Deklarasi Bersama, Majelis Umum Pertama (*First General Assembly*) PBB, ECOSOC, menyetujui pengadopsian sebuah resolusi untuk penyelenggaraan *Internasional Health Conference*. Konferensi yang dibuka tanggal 19 Juni 1946 di New York ini bertujuan membentuk organisasi kesehatan internasional tunggal didalan kerangka PBB dengan nama *World Health Organization*. Konferensi tersebut memutuskan bahwa OIHP diserap, kesepakatan untuk pemindahan fungsi organisasi kesehatan LBB akan dibuat, dan *Pan American Sanitary Organization* diintegrasikan dengan WHO. (WHO,1999: 1-8)

Konstitusi WHO disetujui dan ditandatangani oleh 61 perwakilan negara. Dari sini pada tanggal 19 Juli 1946, dibentuk Komisi Sementara WHO untuk mempersiapkan *World Health Assembly* atau Majelis Kesehatan Dunia yang pertama. Komisi sementara WHO ini yang kemudian mengambil alih fungsi OIHP dan aktifitas organisasi kesehatan LBB. Komisi tersebut menjalankan tugasnya sampai dibubarkan pada tanggal 1 September 1948 setelah peratifikasian konstitusi WHO. (WHO,1999: 1-8)

Konstitusi WHO yang diratifikasi pada tanggal 7 April 1948 dan dikenal dengan "Magna Charta" kesehatan, telah menjadi alat kekuatan besar bagi kerjasama internasional untuk membantu manusia dalam meningkatkan kondisi hidupnya. Dengan demikian, WHO secara resmi berdiri pada tanggal 7 April 1948 sebagai agen khusus PBB di bidang kesehatan. (http://www.who.int/about/over view/en/ diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

3.1.2 *World Health Organization* dalam Sistem PBB

PBB didirikan pada tanggal 24 Oktober 1945 yang kemudian setiap tanggal 24 Oktober dirayakan sebagai hari PBB. PBB mempunyai tujuan-tujuan sesuai yang disebutkan dalam Piagam PBB:

1. Memelihara kedamaian dan keamanan dunia.
2. Mengembangkan hubungan-hubungan antara bangsa dan saling menghormati untuk dasar hak-hak yang sama dan keteguhan diri sendiri manusia.

3. Bekerjasama dalam memecahkan masalah-masalah ekonomi, sosial, budaya dan kemanusiaan dunia dan mempromosikan kehormatan bagi hak asasi manusia dan kebebasan-kebebasan pokok.
4. Sebagai pusat mengharmonisasikan aksi-aksi bangsa-bangsa dalam mencapai akhir yang sama. (WHO,1999: 3)

PBB yang beranggotakan 190 negara, memiliki enam badan utama, yaitu :

1. Majelis Umum PBB (*General Assembly*)

   Merupakan bagian badan yang paling utama untuk berunding, yang terdiri dari perwakilan negara-negara anggota. Keputusan-keputusan bagi pertanyaan-pertanyaan yang penting, seperti perdamaian dan keamanan, pendaftaran anggota-anggota baru dan masalah anggaran keuangan, mensyaratkan 2/3 mayoritas. Keputusan-keputusan atas pertanyaan-pertanyaan yang lain hanya mayoritas biasa.
2. Dewan Keamanan PBB (*Security Council*)

   Pertanggung jawaban untuk mempertahankan perdamaian dan keamanan dunia.
3. Dewan Ekonomi dan Sosial (ECOSOC)

   Merupakan bagian badan yang dasar untuk mengkoordinasikan ekonomi, sosial, dan kerja yang berhubungan dari PBB dan agen-agen khusus dan lembaga-lembaga. Dewan ini memiliki 54 anggota untuk masa 3 tahun. Pemilihannya dilakukan berdasarkan suara terbanyak.

4. Dewan Perwalian (*Trusteeship Council*)

   Menyediakan pengawasan internasional bagi 11 wilayah perwalian yang diletakkan dibawah administrasi dari 7 negara anggota dan memastikan bahwa langkah yang sesuai selalu diambil untuk mempersiapkan wilayah-wilayah bagi pengelolaan pemerintah sendiri.

5. Mahkamah Internasional (*International Court of Justice)*

   Merupakan badan yang berhubungan dengan pengadilan dasar dari PBB. Menyelesaikan perselisihan menurut hukum diantara negara-negara dan memberi laporan pendapat ke PBB dan agen khususnya. Undang-Undangnya merupakan bagian yang integral dari Piagam PBB.

6. Sekretariat PBB (*Secretary)*

   Staf internasional yang bekerja di pos-pos tugas diseluruh dunia, melakukan bermacam-macam pekerjaan sehari-hari dari organisasi, melayani bagian pokok yang lain dari PBB dan melakukan administrasi program-program dan kebijakan yang dibuat oleh mereka. Pemimpinnya adalah Sekretaris Jendral yang ditunjuk oleh Majelis Umum berdasarkan rekomendasi dari Dewan Keamanan untuk masa 5 tahun. (WHO,1999: 289-293)

WHO menurut komisi khusus yang termasuk bagian dari Dewan Ekonomi dan Sosial (*Economic and social Committee*-ECOSOC) yang bertugas memberikan informasi dan nasehat kepada dewan Ekonomi dan Sosial tentang masalah-masalah khusus, yaitu segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah kesehatan.

Dalam menjalankan tugasnya, badan-badan khusus Dewan Ekonomi dan Sosial menjalin suatu jaringan kerjasama yang saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan antara satu dengan yang lainnya.

Hubungan timbal balik antara WHO dengan PBB secara luas ditegaskan dalam perjanjian formal antara kedua organisasi yang diterima oleh Dewan Kesehatan yang pertama. Pada tahun 1972, Dewan Ekonomi dan Sosial membuat suatu laporan yang terperinci mengenai tugas-tugas WHO. Hal ini menunjukkan bahwa eksistensi WHO dalam sistem PBB benar-benar nyata.

Selain dari kelanjutan hubungan antara organ utama PBB, WHO memberikan sumbangan terhadap beberapa program penting PBB. WHO juga turut berpartisipasi dalam konferensi-konferensi yang diadakan oleh PBB. Konferensi PBB mengenai Lingkungan Hidup pada tahun 1972, serta konferensi kependudukan di dunia yang diadakan pada tahun 1954, 1965, dan 1974. (WHO,1999: 289-293)

Berikut ini adalah gambar WHO dalam struktur Perserikatan Bangsa-Bangsa:

3.1.3 Prinsip Dasar *World Health Organization*

WHO sebagai agen khusus kesehatan PBB merupakan pencerminan terhadap aspirasi negara-negara di dunia. Misi dari WHO adalah mencapai taraf kesehatan yang tertinggi bagi semua orang di dunia. WHO mempunyai konstitusi yang mengemukakan beberapa asas yang luas. Konstitusi itu sendiri memberi definisi terhadap "kesehatan", yaitu:

"*health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"*.(keadaan keseluruhan secara fisik, mental dan sosial yang baik dan bukan hanya bebas dari penyakit atau lemah). (http://www/policy.who.int/cgi_bin/om_isapi diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

Di dalam konstitusi WHO tersebut disebutkan bahwa partai-partai negara-negara yang mengacu pada konstitusi itu mengumumkan, dalam rangka untuk menyesuaikan dengan Piagam PBB, ada sembilan prinsip yang berdasar dari kebahagiaan, hubungan yang harmonis dan keamanan bagi seluruh manusia. Salah satunya sudah disebutkan di atas, yaitu mengenai definisi "kesehatan". Sedangkan delapan lainnya yaitu:

1. Kegembiraan pencapaian standar kesehatan tertinggi adalah salah satu hak dasar setiap manusia tanpa perbedaan antar ras, agama, ideologi, kondisi ekonomi maupun sosial.
2. Kesehatan seluruh manusia merupakan dasar bagi pencapaian kedamaian dan keamanan, dan bergantung pada kerjasama penuh individu-individu dan negara.

3. Keberhasilan suatu negara mempromosikan dan mempertahankan kesehatan adalah berguna bagi negara-negara lainnya.
4. Ketidakmerataan pembangunan di negara-negara yang berbeda dalam mempromosikan kesehatan dan mengontrol penyakit terutama penyakit menular adalah ancaman bagi negara lainnya.
5. Pembangunan kesehatan anak-anak adalah suatu kepentingan yang dasar, kemampuan untuk hidup harmonis di dalam lingkungan berubah yang pesat adalah penting dalam pembangunan seperti itu.
6. Makin luasnya manusia yang terkena manfaat dari medis, psikologi, dan pengetahuan yang berhubungan adalah penting untuk pencapaian penuh kesehatan.
7. Opini-opini yang terinformasi dan kerjasama yang aktif dalam suatu kehidupan bersama, adalah hal yang terpenting dalam peningkatan kesehatan manusia.
8. Pemerintah bertanggungjawab atas kesehatan masyarakat yang bisa terpenuhi hanya dengan syarat kesehatan dan ukuran sosial yang cukup. (http://www/policy.who.int/cgi_bin/om_isapi diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

3.1.4 Tujuan dan Fungsi *World Health Organization*

Sebagai Organisasi Internasional, WHO tentunya memiliki tujuan dan fungsi tertentu. Di dalam Artikel 1 konstitusi WHO, yang berbunyi *"Attainment by all peoples of the highest possible level of health"* (pencapaian tingkat kesehatan setinggi mungkin oleh semua rakyat di seluruh bangsa).

Untuk mencapai tujuannya, WHO memiliki fungsi-fungsi yang terdapat di dalam konstitusi WHO Artikel 2, diantaranya:

1. Bertindak sebagai kewenangan yang memimpin dan mengkoordinasikan kerja kesehatan internasional.
2. Mendirikan dan mempertahankan kerjasama dengan PBB, agen-agen khusus administrasi kesehatan pemerintah, grup-grup professional, dan organisasi-organisasi sejenisnya yang dianggap pantas.
3. Membantu pemerintah-pemerintah, berdasarkan permintaan, dalam menguatkan pelayanan kesehatan.
4. Melengkapi bantuan teknis yang pantas, dan dalam keadaan darurat bantuan yang diperlukan atas permintaan atau penerimaan pemerintah yang bersangkutan.
5. Menyediakan, atau membantu menyediakan, berdasarkan permintaan PBB, pelayanan kesehatan, dan fasilitas untuk grup-grup khusus, seperti teritori-teritori orang-orang kepercayaan.
6. Mendirikan dan mempertahankan pelayanan teknis dan administratif sebanyak yang diperlukan, termasuk pelayanan epidemiologis dan statistik. (http://www/policy.who.int/cgi_bin/om_isapi diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

3.1.5 Strategi *World Health Organization*

Sesuai fungsi-fungsi tersebut diatas, WHO mempromosikan kerjasama teknis bagi kesehatan diantara negara-negara, membuat program untuk mengontrol dan menghilangkan berbagai penyakit dan berjuang untuk

memperbaiki kualitas hidup manusia. Ada empat strategi baru WHO yang dicanangkan sejak masuknya Dr. Gro Harlem Brundtland sebagai Direktur Jendral bagi kontribusi WHO yang bertujuan untuk memajukan kesehatan pada tingkat negara dan global, yaitu:

1. Mengurangi kematian, sakit dan cacat, terutama di populasi miskin dan pinggiran.
2. Mempromosikan gaya hidup sehat dan mengurangi faktor-faktor yang menimbulkan resiko pada kesehatan manusia yang datang dari lingkungan, ekonomi, sosial, dan akibat perbuatan manusia.
3. Mengembangkan sistem-sistem kesehatan yang sewajarnya meningkatkan hasil kesehatan, menanggapi permintaan-permintaan sah masyarakat, dan adil secara keuangan.
4. Membuat kerangka kebijakan yang diperkenankan dan menciptakan kelembagaan lingkungan bagi sektor kesehatan, dan mempromosikan dimensi kesehatan yang efektif untuk kebijakan sosial, ekonomi, lingkungan, dan pembangunan. (http://www/policy.who.int/cgi_bin/om _isapi diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

3.1.6 Struktur Organisasi *World Health Organization*

Sebagai sebuah agen khusus, WHO memiliki badan pemerintah dan anggota sendiri. Badan pemerintah WHO terdiri atas tiga buah organ utama, yaitu:

a. Majelis Kesehatan Dunia (*The World Health Assembly*)

WHO diperintah oleh 191 negara-negara anggota melalui *The World Health Assembly* (Majelis Kesehatan Dunia). Majelis Kesehatan tersusun dari

perwakilan-perwakilan dari negara-negara anggota WHO. Majelis Kesehatan Dunia adalah badan pengambil keputusan tertinggi untuk WHO.

Biasanya Majelis Kesehatan Dunia bertemu di Genewa pada bulan Mei setiap tahunnya, dan dihadiri oleh delegasi-delegasi dari 191 negara-negara anggota tersebut. Tugas utama Majelis Kesehatan Dunia adalah untuk menentukan kebijakan-kebijakan organisasi. Majelis Kesehatan memilih Direktur Jendral, mengawasi kebijakan-kebijakan keuangan dari organisasi, dan meninjau serta menyetujui program keuangan yang diusulkan oleh WHO.

Demikian juga mempertimbangkan laporan dari Executive Board (Badan Eksekutif), dimana memerintahkan dengan hormat terhadap masalah dimana aksi, pelajaran, pemeriksaan, atau laporan yang lebih jauh yang mungkin akan dibutuhkan.

Salah satu fungsi dari Majelis Kesehatan Dunia, seperti tercantum dalam Artikel 18 Konstitusi WHO adalah sebagai berikut:

1. Mendukung dan memimpin penelitian di bidang kesehatan oleh personal WHO melalui lembaga resmi atau tidak resmi dari para anggota dengan persetujuan dari pemerintahnya.
2. Melakukan tindakan-tindakan yang dianggap perlu untuk melaksanakan tujuan organisasi.

b. Dewan Eksekutif *(The Executive Board)*

Dewan eksekutif terdiri dari 32 anggota yang secara teknis memenuhi persyaratan di bidang kesehatan. Anggota-anggotanya dipilih untuk masa tiga tahun. Dewan Eksekutif bertemu sedikitnya dua kali dalam setahun.

Rapat Dewan Utama, dimana agenda untuk Majelis Kesehatan yang akan datang disetujui dan Resolusi-resolusi untuk dikedepankan di Majelis Kesehatan diadopsi, diadakan pada bulan Januari, dengan rapat kedua yang lebih pendek pada bulan Mei, segera setelah Majelis Kesehatan, untuk mengatasi masalah administrasi.

Fungsi utama Dewan ini adalah untuk memberi pengaruh kepada keputusan-keputusan dan kebijakan-kebijakan dari Majelis Kesehatan, untuk memberi saran, dan biasanya memfasilitasi kerjanya.

Salah satu fungsi dari Dewan Eksekutif adalah:

1. Mengambil langkah-langkah darurat sesuai dengan fungsi dan sumber keuangan WHO sehubungan dengan keperluan tindakan yang segera.
2. Secara khusus dapat memberikan wewenang kepada Direktur Jendral untuk mengambil langkah-langkah yang perlu untuk menghentikan penyebaran wabah penyakit.
3. Berpartisipasi di dalam memberikan bantuan kesehatan untuk para korban bencana.
4. Melaksanakan studi dan penelitian lebih lanjut yang diperlukan.

c. **Sekretariat** ***(The Secretariat)***

WHO memiliki staf yang berjumlah kurang lebih 3800 orang petugas kesehatan dan ahli khusus atau umum di bidang kesehatan. Mereka bekerja di Markas besar WHO, di kantor-kantor regional.

Fungsi dari sekretariat WHO, antara lain:

1. Memberikan dukungan kepada Majelis Kesehatan Dunia, Dewan Eksekutif dan Kantor-kantor Regional.
2. Memberikan rangsangan berpikir global dan tindakan secara meyeluruh untuk mewujudkan dan mengajukan ide-ide.
3. Memeriksa, menganalisa, mengumpulkan dan menyebarkan informasi yang valid di bidang kesehatan dan masing-masing yang berhubungan dengannya.
4. Mengidentifikasikan, mengeneralisasikan, dan mentransfer teknologi tepat guna.
5. Membantu kelompok-kelompok, penasehat global.
6. Menghadapi perencanaan global, manajemen pengawasan dan evaluasi.
7. Menjalankan program-program global dan inter-global.
8. Membantu perkembangan transformasi sumber-sumber kesehatan secara internasional.
9. Menyiapkan program-program usulan anggota untuk diserahkan kepada Dewan Eksekutif dan Majelis Kesehatan Dunia.
10. Mengadakan kerjasama dengan sistem PBB dan organisasi-organisasi non pemerintah tertentu. Para anggota staf tidak diperkenankan untuk menerima perintah yang berasal dari wewenang di luar WHO.

Seperti yang tercantum dalam pasal 31 konstitusi WHO, Sekretariat WHO diketuai oleh Direktur Jendral, yang ditunjuk oleh Majelis Kesehatan Dunia atas nominasi dari Dewan Eksekutif dan dipilih oleh Negara-negara anggota untuk

masa jabatan 5 tahun. Direktur Jendral adalah pelaksana kekuasaan Dewan Eksekutif.

Selain 3 organ utama WHO tersebut, Majelis Kesehatan Dunia dari waktu ke waktu menentukan area-area yang diperlukan secara geografis untuk membentuk organisasi regional. Setiap organisasi regional tersebut terdiri dari:

1. *Regional Committee* (Komite Regional)

Komite Regional terdiri dari perwakilan negara-negara anggota dan anggota-anggota asosiasi yang menyangkut wilayah. Teritori atau kelompok-kelompok teritori ini dalam komite-komite regional.

Hak dan kewajiban dari teritori atau kelompok-kelompok teritori ini dalam komite-komite regional diputuskan oleh sidang Majelis Kesehatan dengan konsultasi dengan anggota atau wewenang lainnya yang memiliki tanggung jawab dalam hubungan internasional dari teritori-teritori tersebut dengan Negara-negara anggota dalam satu wilayah.

Komite-Komite Regional mengadakan pertemuan sesering mungkin sesuai dengan kebutuhannya dan menentukan tempat untuk setiap pertemuan dan sesering mungkin sesuai dengan kebutuhannya dan menentukan tempat untuk setiap pertemuan dan juga memakai aturan-aturan sendiri dalam menjalankan prosedur.

2. *Regional Office* (Kantor Regional)

Kantor Regional merupakan organ administrative dari Komite Regional. Kantor Regional melaksanakan keputusan-keputusan dari Majelis Kesehatan Dunia dan Dewan Eksekutif dalam wilayahnya.

Dewan Eksekutif dengan persetujuan dari Komite Regional menunjuk Direktur Regional. Direktur Regional menduduki jabatannya dengan cara dipilih dan diangkat.

Ada 6 buah Kantor Regional WHO, yaitu:

1. Kantor Regional untuk Afrika di Brazzaville, Republik Kongo.
2. Kantor Regional untuk Eropa di Kopenhagen, Denmark.
3. Kantor Regional untuk Asia Tenggara di New Delhi, India.
4. Kantor Regional untuk Amerika/ Pan American Health Organization di Washington DC, Amerika Serikat.
5. Kantor Regional untuk Mediterania Timur di Kairo, Mesir.
6. Kantor Regional untuk Pasifik Barat di Manila, Filipina.

(http://www.who.int/governance/en/ diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

3.1.6.1 Pusat-Pusat Kerjasama *World Health Organization*

Relasi antara institusi-institusi Nasional dengan WHO dirancang sebagai WHO *Collaboration Centers* (Pusat Kerjasama Organisasi Kesehatan Dunia) yang merupakan mobilisasi sumber-sumber dana yang penting untuk mendukung kepentingan Pembangunan Kesehatan Nasional, dan untuk aktivitas-aktivitas WHO baik pada tingkat regional maupun global.

Kini telah ada 74 Pusat Organisasi Kesehatan Dunia di Asia Tenggara sendiri yang mencakup spectrum yang luas. Hal ini mencerminkan jangkauan dan hubungan timbal balik dalam tukar menukar keahlian dan informasi di bidang kesehatan diantara negara-negara sekawan.

Fungsi pusat kerjasama Organisasi Kesehatan Dunia ini mancakup standarisasi untuk perbaiki pemahaman internasional dan perbandingan data kesehatan dengan cakupan dunia. Ia juga berpartisipasi dalam penyebarluasan ilmu dan informasi teknis. Pusat kerjasama ini juga merupakan kunci utama bagi kekuatan kesehatan yang mendukung pembangunan kesehatan dibawah WHO, yang bergerak bagi kepentingan seluruh tingkatan antara negara. (WHO,1999: 13)

3.1.7 Keanggotaan *World Health Organization*

WHO terdiri dari 191 negara anggota dan staf di berbagai kenegaraan berjumlah 4500 orang. Sebagai agen khusus, WHO adalah bagian dari PBB, tapi bukan dibawah sistem PBB. Keanggotaan WHO terbuka bagi semua negara. Bagi anggota PBB, mereka dapat memperoleh keanggotaan mereka dengan menerima konstitusi. Sementara bagi negara-negara non anggota PBB dapat diakui keanggotaannya melalui mayoritas suara dari Majelis Kesehatan Dunia. Hampir setiap negara di dunia merupakan anggota PBB dan WHO. Tapi, terdapat perbedaan seperti halnya Swiss yang merupakan anggota WHO, tapi bukan anggota PBB. (http://www.who.int/governance/en/ diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

3.1.8 Anggaran Keuangan *World Health Organization*

Program anggaran keuangan global WHO ditetapkan 2 tahun sekali. Sumber-sumber anggaran keuangan WHO yang tetap diperoleh dari kontribusi-kontribusi yang diperkirakan, dibayar oleh negara-negara anggota, berdasarkan skala perkiraan dari PBB.

Anggaran keuangan negara WHO yang tetap diperoleh dari alokasi anggaran keuangan global WHO yang dibuat oleh Direktur Jenderal untuk setiap wilayah. Bagi wilayah Asia Tenggara, alokasi dari Direktur Jenderal termasuk jumlah-jumlah yang diperlihatkan terpisah untuk aktivitas-aktivitas wilayah dan negara. Direktur Wilayah mengirimkan angka-angka negara yang direncanakan kepada masing-masing Negara anggota yang berjumlah 11, berdasarkan kriteria yang ditetapkan oleh Komite Wilayah. Rekening untuk akivitas-aktivitas negara adalah sekitar 75 persen dari keseluruhan anggaran keuangan wilayah.

Untuk tambahan anggaran keuangan tetap, WHO memperoleh tambahan sumber-sumber anggaran lewat *United Nations Development Programme* (UNDP), dan United Nations *Population Fund* (UNPF), dan dilaksanakan oleh WHO, dan lewat pemberian sukarela dari pemerintah-pemerintah, yayasan-yayasan dan agen-agen. (http://www.who.int/governance/en/ diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

3.1.9 Program Kerja *World Health Organization*

Program-program yang menyangkut bidang kerja WHO antara lain adalah :

- *Children and Adolescent Health and Development Programme*

  Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesehatan anak-anak dan remaja, serta pemberdayaan sumber daya manusia yang dimiliki sejak dini. Dalam melaksanakan program ini WHO bekerjasama dengan beberapa badan PBB lainnya seperti UNICEF dan UNDP.

- *Global Polio Eradication Initiative Program*

  Program ini berfokus pada pemberantasan polio terutama yang menyebar di negara-negara berkembang.

- *The WHO Framework Convention on Tobacco Control Programme*

  WHO bersama UNDP bekerjasama untuk mengontrol penggunaan tembakau dengan tujuan memasyarakatkan kesehatan yang lebih baik demi pembangunan berkelanjutan.

- *WHO Global Programme on AIDS*

  Program dalam mengatasi HIV/AIDS dilakukan oleh hampir seluruh badan PBB yang bergabung dalam UNAIDS. Program ini dilakukan dihampir seluruh negara di dunia, terutama negara dengan tingkat HIV/AIDS tertinggi,yaitu negara-negara Afrika.

- *Family Planning Programme*

  Bertujuan untuk meningkatkan kesehatan seluruh masyarakat. Melalui program ini kemudian dibentuk program lain yang lebih spesifik seperti *safe motherhood* kemudian menjadi *Making Pregnancy Safer Programme*, yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan *Family Planning in Reproductive Health Programme*, yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi manusia. (http://www.who.int/governance/en/ diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

3.1.10 *World Health Organization* di Indonesia

WHO didirikan pada tanggal 7 April 1948, namun Indonesia baru bergabung menjadi anggota organisasi ini pada tanggal 23 Mei 1950. Sejak saat itu, WHO

memiliki hubungan kerjasama yang erat dengan pemerintah Indonesia, sekaligus memainkan peran penting dalam peningkatan kesehatan nasional. WHO-Indonesia juga turut mendukung Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan memberikan bantuan teknis, training, pendidikan, kerangka acuan dan standar yang berlaku internasional. Dengan staf internasional dan lokal, WHO-Indonesia juga memberikan dukungan dan bantuannya ketika terjadi situasi darurat di dalam negeri,seperti wabah penyakit.

Kantor WHO-Indonesia berada dibawah wilayah Asia Tenggara, dimana kantor regionalnya berkedudukan di New Delhi, India. Negara-negara anggota WHO lainnya yang berada dibawah wilayah Asia Tenggara yaitu Bangladesh, Birma, Korea RDR, India, Myanmar, Nepal, Sri Langka, Thailand dan Timor Leste.(http://www.who.or.id/en/about.htm. diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

Visi dari WHO-Indonesia adalah :

"Pencapaian tingkat kesehatan setinggi-tingginya bagi masyarakat Indonesia, dan mendorong Indonesia untuk berperan membantu masyarakat dunia dalam mencapai tingkat kesehatan tertinggi". (http://www.who.or.id/en/about.htm. diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

Tujuannya adalah :

1. Menyediakan Kerjasama teknis dengan pemerintah Indonesia dan masyarakatnya, dengan cara membentuk kerjasama tim, mewakili WHO dalam menyampaikan aspirasi WHO global dan regional, serta mencapai target yang diinginkan melalui aktivitas yang direncanakan; diimplementasikan; dan dievaluasi dalam kerjasama tersebut.

2. Memimpin serta mengkoordinasikan kinerja kesehatan Internasional dengan memfasilitasi mobilitas sumber kebutuhan kesehatan diluar Indonesia; menyebarkan informasi yang didapatkan di Indonesia; dan mempromosikan kerjasama teknis Indonesia dengan negara berkembang lainnya.

Dengan berpedoman pada aktivitas dasar dan program kerja WHO Internasional, maka apa yang dijalankan WHO-Indonesia dalam program kerjanya adalah pengembangan dari aktivitas dasar dan program kerja WHO secara global. Hal ini dapat dilihat dari program-program kerja mereka,seperti :

- ❖ Penyakit Menular, dengan area kerja:
  - Program Pengawasan Terhadap Penyakit Menular
  - Pogram Pencegahan, Pemberantasan, Pengawasan Terhadap Penyakit Menular
  - Program Pemberantasan Malaria
  - Program Pemberantasan TBC
- ❖ Penyakit Tidak Menular, dengan area kerja :
  - Program Pengawasan, Pencegahan dan Penanggulangan Terhadap Penyakit Tidak Menular 1
  - Program Pengawasan, Pencegahan dan Penanggulangan Terhadap Penyakit Tidak Menular 2
  - Program Pengawasan Tembakau
  - Program Kecelakaan/Disabilitas
  - Program Kesehatan Mental, Penyalahgunaan Obat dan Bahan Berbahaya

- ❖ Kesehatan Keluarga dan Masyarakat, dengan area kerja:
  - Program Kesehatan Anak dan Remaja 1
  - Program Kesehatan Anak dan Remaja 2
  - Program Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Reproduksi
  - Program Peningkatan Kehamilan yang lebih sehat
  - Program HIV/AIDS
- ❖ Pembangunan yang berkesinambungan dan Lingkungan Sehat, dengan area kerja :
  - Program Pembangunan yang Berkesinambungan
  - Program Kesehatan dan Lingkungan 1
  - Program Kesehatan dan Lingkungan 2
  - Program Kesehatan dan Lingkungan 3
  - Program Pengamanan Makanan
  - Program Kewaspadaan dan Penanggulangan Keadaan Darurat
- ❖ Teknologi Kesehatan dan Informasi, yang bertujuan :
  - Memperbaharui Kebijakan Obat-obatan Nasional dan Mendukung Pelaksanaannya
  - Memperkuat Kapasitas Nasioal untuk Menganalisa Implikasi dari Perjanjian Dagang Internasional. (http://www.who.or.id diakses pada tanggal 3 Mei 2009)

3.1.11 Aktivitas Dasar *World Health Organization*

- Perbaikan Pelayanan Kesehatan

Dengan adanya suatu sistem yang dapat mencakup seluruh rakyat di suatu negara, maka dapat diciptakan sebuah *Healthy Delivery System* (Sistem Penyampaian Kesehatan), yang tujuan utamanya adalah membantu pemerintah suatu negara untuk memberikan pelayanan kesehatan yang memadai, yang dapat dirasakan oleh seluruh masyarakatnya.

- Kesehatan Keluarga

Tercapainya kesehatan keluarga merupakan salah satu program utama WHO yang terbagi secara luas kedalam:

- Perawatan Ibu dan Anak
- Gizi
- Kesehatan Reproduksi Manusia
- Pendidikan Kesehatan

Tujuan dari aktivitas ini adalah :

1. Membantu Pemerintah negara-negara dalam usahanya mengurangi tingkat kematian ibu dan bayi
2. Memberikan penyuluhan mengenai KB
3. Mensponsori dan Mengkoordinasi penelitian pada aspek-aspek ilmiah dari reproduksi manusia.
4. Memberikan pendidikan mengenai cara pemecahan masalah tentang nutrisi melalui penggunaan bahan makanan lokal, dengan referensi tertentu mengenai penyapihan yang berprotein.

- Kesehatan Lingkungan

Mengembangkan pengetahuan akan penyakit-penyakit yang disebabkan oleh pencemaran lingkungan, yang diharapkan dapat membangkitkan kesadaran akan pentingnya lingkungan hidup yang sehat.

- Pengembangan Kemampuan Tenaga Kerja

Dasar aktivitas WHO dalam bidang ini adalah untuk membantu pemerintah negara tempatnya beroperasi dalam menilai kebutuhan kuantitatif dan kualitatif bagi pengembangan tenaga kerja baik dalam hal pengobatan maupun pemberian pertolongan. Pendekatan yang dilakukan WHO dalam menjalankan program ini adalah dengan memberikan penekanan pada kualitas sumber daya manusianya, yaitu dengan mengembangkan fasilitas-fasilitas pendidikan dan penelitian yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang berlaku di dalam negara yang bersangkutan.

- Pelayanan dalam Bidang Informasi dan Kepustakaan

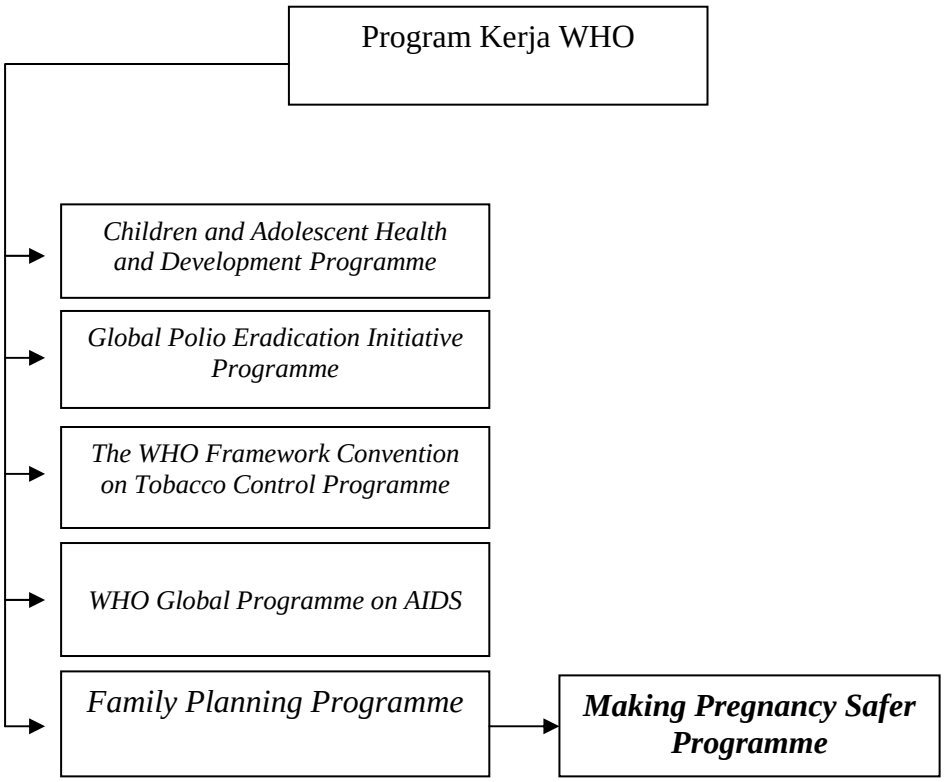
1. Statistik Kesehatan, diadakan agar suatu rencana pelayanan kesehatan berjalan dengan baik. Ahli-ahli statistik WHO mengumpulkan, membandingkan, menstabilisasi, dan mendistribusikan statistik nasional yang menyangkut kematian dan kelahiran yang dapat menunjukkan perubahan corak kesehatan.
2. Pembuatan Undang-Undang Kesehatan, bersamaan dengan kemajuan zaman, hampir semua aspek kesehatan umum menjadi subjek dari pembuatan Undang-Undang Kesehatan.

3. Kepustakaan Umun Biomedical, Perpustakaan WHO merupakan pusat pelayanan kepustakaan biomedical, yang terbagi secara luas ke dalam 3 kategori yaitu, yaitu :
    a) Pelayanan terhadap para staf WHO dimarkas besarnya.
    b) Pusat pelayanan dan penambahan buku.
    c) Pengkatalogan bagi perpustakaan regional. (*WHO in South East Asia Regional* 1977: 8-15)

3.2 Program *Making Pregnancy Safer* (MPS)

Salah satu dari program-program WHO adalah *Family Planning Programme* yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan seluruh masyarakat. Melalui program ini kemudian dibentuk program lain yang lebih spesifik seperti *safe motherhood* kemudian menjadi *Making Pregnancy Safer Programme* (MPS), yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan *Family Planning in Reproductive Health Programme,* yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi manusia. Untuk lebih jelas kita dapat melihat gambar program kerja berikut :

Gambar 3.2
Making Pregnancy Safer
Dalam Struktur Program Kerja WHO



Strategi Menyelamatkan Persalinan Sehat adalah sebuah inisiatif yang dicanangkan WHO pada tahun 2000. Ini merupakan komitmen untuk mengurangi beban global akibat kematian, kesakitan, dan kecacatan yang tidak perlu terjadi, yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, dan selama nifas. MPS mengharapkan agar ibu hamil, melahirkan dan dalam masa setelah persalinan (*post natal*) mempunyai akses terhadap tenaga kesehatan yang terlatih, yaitu profesi kesehatan seperti bidan, dokter, atau perawat yang telah menempuh pendidikan dan dilatih untuk menguasai keterampilan-keterampilan yang dibutuhkan dalam mengelola kehamilan normal (tanpa komplikasi), persalinan

dan periode segera setelah melahirkan dan dalam pengidentifikasian, pengelolaan dan rujukan atas komplikasi yang diderita oleh ibu dan anak.

WHO menegaskan pentingnya peran tenaga kesehatan yang terlatih tersebut, yaitu bahwa tenaga kesehatan yang terlatih merupakan pusat keberlangsungan perawatan. Pada tingkat perawatan kesehatan primer, mereka akan bekerja dengan penyedia perawatan kesehatan yang lain, seperti dukun bayi dan pekerja sosial. Mereka juga harus mempunyai hubungan kerja yang kuat dengan pemberi perawatan kesehatan di tingkat sekunder dan tersier dalam sistem perawatan kesehatan. Tiga pesan kunci MPS meliputi yaitu:

1. Semua ibu hamil dan bayi baru lahirnya harus mempunyai akses terhadap pertolongan kehamilan, persalinan dan nifas oleh tenaga kesehatan terampil.
2. Semua ibu dan bayi baru lahir harus memiliki akses terhadap pelayanan rujukan bilamana terjadi komplikasi.
3. Semua wanita usia subur harus mempunyai akses terhadap pencegahan dan manajemen kehamilan yang tidak diingini dan keguguran terkomplikasi.

Pada pelaksanaannya, ketiga pesan ini terbentur pada keterbatasan jumlah tenaga yang berkualitas dan berbagai kendala lainnya.

Mengingat pentingnya peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, Pemerintah Indonesia telah mencanangkan MPS sebagai Strategi Pembangunan Kesehatan Masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010 pada tangal 12 Oktober 2000, sebagai bagian dari program *Safe Motherhood*. Dalam arti kata yang luas

tujuan *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer* sama, yaitu melindungi hak reproduksi dan hak asasi manusia dengan cara mengurangi beban kesakitan, kecacatan dan kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan yang sebenarnya tidak perlu terjadi. MPS merupakan strategi sektor kesehatan, yang memfokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam melaksanakan intervensi klinis dan sistem kesehatan utama yang diperlukan untuk menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. MPS dilaksanakan berdasarkan upaya-upaya yang telah ada dengan penekanan pada pentingnya kemitraan antara sektor pemerintah, lembaga pembangunan, sektor swasta dan anggota masyarakat sendiri pada saat melaksanakan intervensi dan kegiatan masyarakat.

MPS menyerukan kepada pejabat yang berwewenang ditingkat pusat, mitra pembangunan dan pihak-pihak yang terlibat pada tingkat nasional lainnya untuk melaksanakan upaya bersama dalam meningkatkan kemampuan sistem kesehatan guna menjamin pelaksanaan dan pemanfaatan intervensi yang efektif berdasarkan bukti ilmiah (*evidence based*), yang bertujuan untuk menanggulangi penyebab utama kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

Perhatian khusus akan difokuskan pada kegiatan-kegiatan berbasis masyarakat yang diperlukan untuk menjamin agar ibu dan bayi baru lahirnya mempunyai akses terhadap pelayanan yang mereka butuhkan, bilamana diperlukan, dengan penekanan khusus pada pertolongan persalinan oleh tenaga terampil pada saat melahirkan serta pelayanan yang tepat dan berkesinambungan.

Dalam konteks “Rencana Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010”, visi MPS adalah kehamilan dan persalinan wanita di Indonesia berlangsung aman, dan bayi dilahirkan hidup dan sehat. Dan Misi MPS adalah menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahirnya melalui pemantapan sistem kesehatan untuk menjamin akses terhadap intervensi yang *cost-effective* berdasarkan bukti ilmiah yang berkualitas, memberdayakan wanita, keluarga dan masyarakat melalui kegiatan yang mempromosikan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, menjamin agar kesehatan maternal dan neonatal dipromosikan dan dilestarikan sebagai suatu prioritas dalam program pembangunan nasional.

Dengan tujuan menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia.

Target untuk pencapaian pada tahun 2010 dampak kesehatan:

1. Menurunkan AKI menjadi 125/100.000 kelahiran hidup
2. Menurunkan Angka Kematian bayi menjadi 16/1000 kelahiran hidup
3. Menurunkan anemia berat (Hb < dari 8 gram) dengan 50% dari anemia berat pada wanita hamil tahun 2000.
4. Menurunkan Angka Kehamilan yang tidak diingini dari 17.1% menjadi 11%.

Dalam melakukan pencapaian target maka proses yang harus dilakukan adalah:

1. Meningkatkan cakupan pelayanan penanganan medik pada ibu hamil (antenatal) 1 x saat pembukaan mulut rahim sampai mencapai kira-kira 10 cm (K1) menjadi 95%

2. Meningkatkan cakupan pelayanan antenatal 4 x saat mulai keluarnya plasenta sampai 1-2 jam sesudahnya (K4) menjadi 90%
3. Meningkatkan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil menjadi 85%
4. Meningkatkan cakupan pelayanan komplikasi kebidanan yang berkualitas, termasuk pelayanan pascakeguguran, menjadi 80% dari jumlah kasus yang diperkirakan.
5. Meningkatkan dan memberi Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di sekurang-kurangnya 4 Puskesmas dengan tempat tidur di tiap kabupaten atau kota.
6. Meningkatkan dan melaksanakan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) selama 24 jam di tiap Rumah Sakit Kabupaten dan Provinsi.
7. Meningkatkan pelayanan KB pascapersalinan sampai 100% di semua pelayanan pascapersalinan dan pascaaborsi.
8. Meningkatkan cakupan vaksinasi Tetanus Toksoid pada ibu hamil menjadi 90%.
9. Meningkatkan anggaran program untuk menunjang kesehatan ibu dan bayi.
10. Memantapkan organisasi seluruh Dinas Kesehatan kabupaten atau kota

Untuk dapat mencapai tujuan dan target tersebut di atas telah diidentifikasi empat strategi utama yang konsisten dengan “Rencana Indonesia Sehat 2010”. Sehingga pencapaian untuk menurunkan AKI dapat terwujud, dalam program

MPS adanya pengoptimalkan sarana kesehatan, tenaga kesehatan, dan adapula kerjasama yang dilakukan dengan mitra kerja lintas sektor dengan BKKBN untuk menggalangkan program KB agar dapat mengurangi resiko yang terjadi bagi ibu hamil. (*Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer 2001-2010*)

3.3 Angka Kematian Ibu di Indonesia

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia belum memiliki data untuk menilai status kesehatan yang langsung dapat menghitung AKI. Estimasi AKI dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) diperoleh dengan mengumpulkan informasi dari saudara perempuan yang meninggal semasa kehamilan, persalinan, atau setelah melahirkan. Meskipun hasil survei menunjukkan bahwa AKI di Indonesia telah turun menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup antara 1998–2002, hal itu perlu ditafsirkan secara hati-hati mengingat keterbatasan metode penghitungan yang digunakan. Dari lima juta kelahiran yang terjadi di Indonesia setiap tahunnya, diperkirakan 20.000 ibu meninggal akibat komplikasi kehamilan atau persalinan. Dengan kecenderungan seperti ini, pencapaian target *Millenium Development Goals* (MDGs) untuk menurunkan AKI akan sulit bisa terwujud kecuali apabila dilakukan upaya yang lebih intensif untuk mempercepat laju penurunannya.

Kesehatan adalah hak asasi ibu, hak ini diakui secara universal yang telah diratifikasi oleh Indonesia. Namun data tentang kesehatan ibu di Indonesia, seperti misalnya angka kematian ibu masih sangat tinggi kalau dibandingkan dengan keadaan dinegara tetangga di ASEAN. Kesehatan ibu sangat esensial dalam mencapai kesejahteraan masyarakat. Gangguan kesehatan pada ibu akan

menimbulkan kerugian jangka pendek dan kerugian jangka panjang. Pertama, dalam jangka pendek, kesakitan dan kematian ibu menyebabkan keluarga harus mengeluarkan berbagai macam biaya atau kerugian ekonomi, disamping pengorbanan non-moneter seperti kecemasan dan rasa duka. Jadi dalam jangka pendek masalah kesehatan ibu mengurangi kesejahteraan dalam keluarga. Kedua, kesakitan dan kematian ibu akan mengganggu investasi modal manusia (*human capital investment*), baik secara mikro pada tingkat rumah tangga maupun secara makro pada tingkat masyarakat. Kesehatan ibu diperlukan sebagai investasi dini untuk menjamin mutu modal manusia. (*Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia* 2005)

AKI adalah indikator kritis status kesehatan para perempuan. Kematian seorang ibu dalam keluarga memiliki dampak hebat, tidak hanya dalam kehilangan suatu kehidupan, namun juga karena efeknya pada kesehatan dan usia hidup anggota keluarga yang ditinggalkannya. (WHO,2007 : C59)

Seperti indikator kesehatan lain pada umumnya, terdapat perbedaan AKI antarwilayah di Indonesia. Estimasi AKI menggunakan pendekatan PMDF *(proportion of maternal deaths of female reproductiveage)* tahun 1995 di lima provinsi menunjukkan bahwa Jawa Tengah mempunyai AKI yang lebih rendah, yaitu 248, dibandingkan adalah Papua sebesar 1.025, Maluku sebesar 796, Jawa Barat sebesar 686, dan NTT sebesar 554 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di Indonesia masih relative lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN. Resiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1

dari 65, dibandingkan dengan 1 dari 1.100 di Thailand. (*Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia* 2005)

MDGs menargetkan penurunan AKI sebesar tiga perempat antara 1990 dan 2015. Upaya ini menghadapi berbagai tantangan yang cukup berat, seperti transisi demografi, desentralisasi kesehatan, pelayanan publik, dan pendanaan. Sensus penduduk tahun 2000 menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia 206 juta jiwa. Pada tahun 2015, jumlah penduduk Indonesia diperkirakan meningkat menjadi 242 juta jiwa. Dengan kata lain, kebutuhan pelayanan kesehatan akan meningkat. (Badan Pusat Statistik, 2000: Jakarta)

Desentralisasi bidang kesehatan juga akan menjadi tantangan penting di tahun-tahun mendatang. Perubahan peran dan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah belum secara jelas terdefinisikan dan dipahami. Institusi-institusi pemerintahan masih perlu menyesuaikan diri dengan wewenangnya yang baru, sementara jaringan dan koordinasi di setiap level administrasi perlu terus diperkuat. Dengan penganggaran yang juga didesentralisasikan, daerah dengan kemampuan keuangan yang rendah akan mengalami kesulitan untuk mengalokasikan anggaran kesehatannya karena harus pula memperhatikan prioritas-prioritas pembangunan lain. Dalam hal ini, pemerintah pusat dapat memainkan peran penting untuk membantu kabupaten atau kota dalam mengelola sumber daya mereka. Setiap upaya dalam advokasi sangat penting untuk menjamin bahwa komitmen untuk meningkatkan kesehatan ibu dapat dilaksanakan pada setiap tingkatan.

Pelayanan kesehatan merupakan tantangan berikutnya yang perlu ditangani. Termasuk di dalamnya adalah kualitas pelayanan yang disediakan oleh pemerintah dan swasta serta penanganan disparitas akses pada kelompok rentan dan miskin. Data terbaru menunjukkan bahwa jumlah bidan di desa (BDD) yang menyediakan pelayanan bagi kelompok rentan dan miskin telah menurun. Bagaimana mengatasi situasi baru dan tidak terduga ini menjadi salah satu tantangan bagi pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten. Keterbatasan sumber daya rumah tangga juga telah menghambat akses terhadap pelayanan dasar. Karenanya, inovasi mekanisme yang meringankan beban keuangan rumah tangga sangat diperlukan untuk menjamin akses mereka terhadap pelayanan.

Koordinasi dan pendanaan pembangunan antar institusi dan lembaga donor sangat krusial untuk menghindari terjadinya tumpang tindih dan terfragmentasinya program, sehingga peningkatan kesehatan ibu lebih mudah dicapai. Keberlanjutan program juga menjadi tantangan yang harus diatasi dalam tahun-tahun mendatang.

Menurut Medical Officer WHO Laura Guarenti, pihaknya akan membantu Indonesia dalam upaya penurunan AKI. "Kami bekerja sama dengan Depkes dan mendukung setiap program yang mereka laksanakan," kata wanita asal Italia ini. Dukungan tersebut, lanjutnya, berupa program pelatihan bagi para bidan dan tenaga kesehatan. Melakukan kampanye masalah kesehatan ibu dan anak. Memberikan gambaran dan mengarahkan bantuan para donor ke bidang-bidang yang benar-benar membutuhkan.

WHO dan negara-negara di dunia telah sepakat dengan millenium goal (tujuan milenium), guna mengurangi AKI dan anak sejak 2001. Pada peringatan tahun ini pesan yang ditekankan, terlalu banyak ibu dan anak yang menderita serta meninggal setiap tahunnya, Ibu dan anak sehat adalah gambaran nyata kesejahteraan sosial, Sebetulnya jutaan nyawa dapat diselamatkan oleh pengetahuan kita, bersama-sama kita dapat membuat perubahan dan setiap orang mempunyai peran masing-masing.

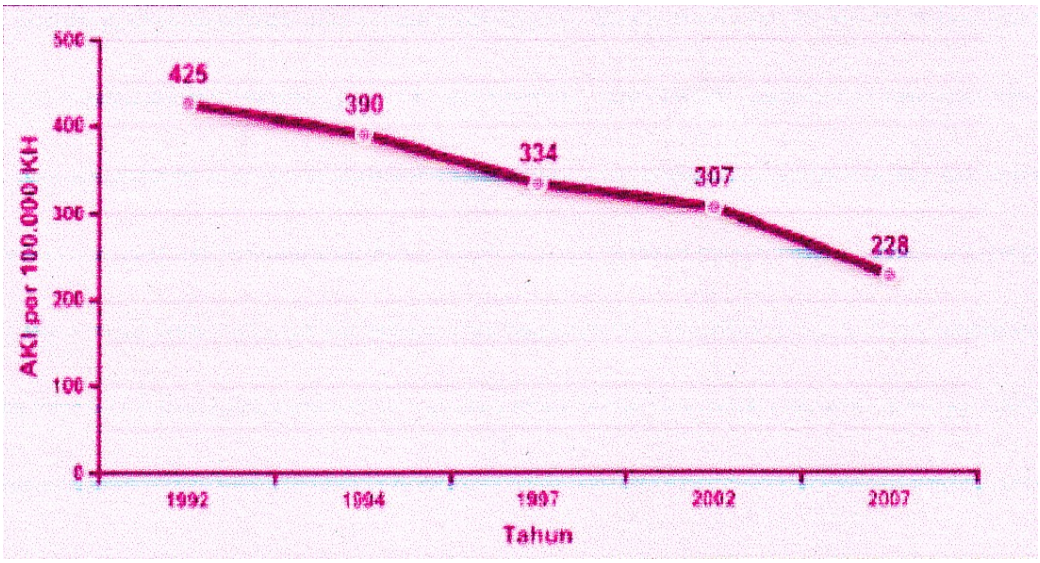
Dengan adanya peringatan tersebut, lanjut Guarenti, diharapkan akan menggugah kesadaran masyarakat dan kemauan pemerintah untuk menanggulangi permasalahan AKI dan anak. Salah satunya dengan membuat berbagai kebijakan yang menguntungkan perempuan terutama yang sedang hamil. Selain itu untuk mendorong berbagai program yang telah dicanangkan namun kurang optimal pelaksanaannya.

Ketika ditanya tindakan nyata apa yang harus dilakukan pemerintah, Guarenti mengatakan Indonesia bisa mengoptimalkan kembali program-program lama, seperti bidan siaga, suami siaga, dan masyarakat siaga, syaratnya, baik bidan, suami, masyarakat, dan perempuan itu sendiri harus diberikan pengetahuan yang cukup. Jadi, semua akan sia-sia jika tak ada pengetahuan yang memadai dan komitmen yang besar dari semua elemen program tersebut. Sementara itu, data terakhir Depkes menunjukkan, tingkat AKI di daerah Jawa Barat, Nusa Tenggara Barat serta Papua merupakan tertinggi dibandingkan daerah lainnya. Untuk itu, bidan sebagai ujung tombak penolong ibu bersalin perlu ditambah dan ditingkatkan keterampilannya.

Saat ini desa-desa di seluruh Indonesia membutuhkan 54 ribu bidan, sementara yang tersedia cuma 25,2 ribu atau 53 persen dari yang dibutuhkan. Salah satu penyebab kurangnya jumlah bidan adalah kurangnya minat bidan untuk ditugaskan di daerah, terutama daerah terpencil. (http://www.gizi.net/cgibin/berita/fullnews.cgi?newsid1112761853,8292, diakses tanggal 2 Agustus 2009)

Dengan jumlah penduduk 203 juta menurut sensus 2000, Republik Indonesia merupakan negara keempat terbesar didunia. Dalam beberapa dekade terakhir telah terlihat adanya penurunan laju pertumbuhan penduduk, namun pada saat ini masih akan terjadi pertumbuhan yang cepat sebagai dampak dari tingginya proporsi wanita usia 14-49 tahun. Tingginya proporsi ini merupakan akibat dari tingkat fertilitas yang tinggi dimasa lampau. Tingkat urbanisasi terlihat meningkat dengan cepat diberbagai propinsi, namun saat ini penduduk perkotaan terkonsentrasi dibeberapa propinsi seperti provinsi DKI Jakarta, Kalimantan Timur, Yogyakarta, Sumatra Utara, Jawa Barat dan Riau. Data demografis menunjukkan bahwa 36% penduduk Indonesia tinggal didaerah perkotaan. Sebaran penduduk sangat tidak seimbang, dimana Jawa-Bali yang merupakan hanya 7% dari wilayah daratan harus menampung 60% penduduk Indonesia. Provinsi DKI Jakarta merupakan provinsi dengan kepadatan tertinggi, sedangkan Irian Jaya merupakan provinsi dengan kepadatan terendah. (*Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer 2001-2010*)

Gambar 3.3
Angka Kematian Ibu
(per 100.000 Kelahiran Hidup)



Sumber : Badan Pusat Statistik 2008

Gambar grafik di atas adalah data AKI per tahun mengingat bahwa AKI yang dihasilkan oleh Badan Pusat Statistik menggambarkan jumlah kematian ibu di Indonesia yang terjadi per 100.000 kelahiran hidup. Dalam menghasilkan data hanya menggambarkan angka nasional, tidak dirancang untuk mengukur AKI menurut propinsi.

Pada tahun 2002 terjadi penurunan AKI dari angka sebelumnya 334 menjadi 307 per 100.000 kelahiran, angka tersebut dicapai tidak luput dari peranan WHO sendiri yang memiliki program-program (MPS) yang khususnya dalam menurunkan AKI. Dalam menjalankan programnya WHO bekerjasama dengan Depkes, disinilah terbentuk program-program pendukung yang membantu kinerja WHO seperti Gerakan Sayang Ibu, dan Keluarga Berencana maka pada tahun 2002-2007 terjadi penurunan kembali yaitu yang berawal dari angka 307 per

100.000 kelahiran pada tahun 2002 menjadi pada tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran.

3.3.1 Faktor-faktor Penyebab Kematian ibu di Indonesia

Penyebab tingginya tingkat kematian ibu di Indonesia lainnya, antara lain budaya patriaki yang masih kental. Perempuan tidak memiliki kendali penuh atas dirinya. Seringkali perempuan tidak berkuasa kapan dia harus mengandung. Padahal disaat itu mungkin hamil berbahaya bagi dia. Kemudian, tambahnya disebabkan kemiskinan, rendahnya pendidikan, kurangnya akses terhadap informasi, tingginya peranan dukun dan terbatasnya layanan medis modern.

Pendekatan yang menggunakan informasi yang kualitatif dari masyarakat, bertujuan untuk mengidentifikasi kematian yang terkait langsung dengan kehamilan. Cara pendekatan ini hanya dapat melihat hubungan sementara antara kehamilan dan kematian dan tidak dapat menentukan secara pasti penyebab kematian yang sesungguhnya. Menentukan penyebab kematian tertentu, khususnya penyebab tak langsung dibandingkan dengan kematian akibat kecelakaan atau *insidental*, sangatlah sulit untuk dipastikan secara akurat hanya bersumber dari masyarakat. Oleh karenanya, dianjurkan untuk mencakup semua kematian, mulai sejak hamil hingga 42 hari nifas. Kematian Ibu menurut WHO adalah: kematian wanita yang terjadi selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa melihat usia dan lokasi kehamilan, oleh setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan oleh kecelakaan atau insidental (faktor kebetulan). (Dibalik Angka, 2007:23)

Dari definisi di atas, sebab-sebab kematian ibu bukan hanya cerminan suatu peristiwa dalam suatu tahap kehidupan (yakni masa kehamilan, persalinan, dan nifas), namun merefleksikan aspek kehidupan perempuan sejak masa anak-anaknya. Karena itu, tingginya AKI merupakan suatu indikator status sosial dan kesejahteraan anak perempuan dan perempuan di seluruh dunia. Dalam garis besarnya, sebab-sebab kematian ibu dapat dibagi dalam dua kategori : Penyebab langsung dan Penentu tidak langsung.

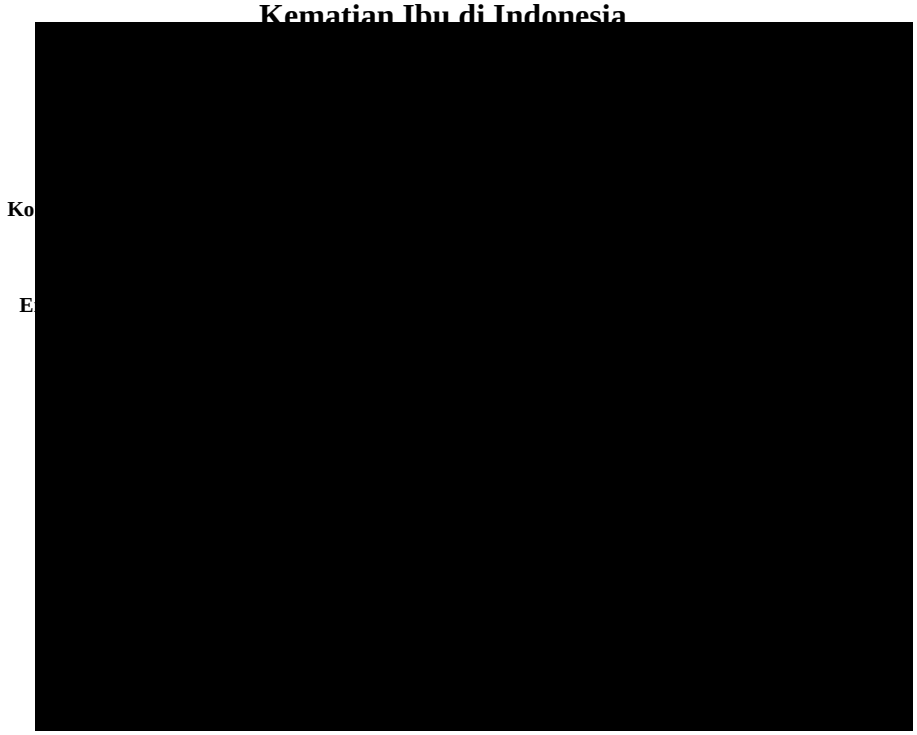
1. Penyebab langsung kematian ibu adalah komplikasi yang terjadi selama kehamilan, kelahiran atau nifas. Kebanyakan kematian ibu di Indonesia (75-85%) berkaitan dengan satu atau paduan dari tiga macam komplikasi utama : perdarahan, infeksi, dan eklampsia.
2. Penentu tidak langsung kematian ibu umumnya dikenal sebagai ‘ tiga terlambat, empat terlalu’. Landasan dari tiga terlambat yakni :
    1. Keterlambatan keluarga dalam memutuskan untuk mencari pertolongan,
    2. Keterlambatan mencapai sarana atau petugas kesehatan (masalah transportasi),
    3. Keterlambatan dalam memperoleh pelayanan kebidanan dasar esensial dan menyeluruh dari petugas atau sarana kesehatan.

    Empat terlalu mencakup :

    1. Terlalu muda (kurang dari 20 tahun) untuk hamil,
    2. Jarak kehamilan yang terlalu singkat (kurang dari 2 tahun),
    3. Terlalu banyak (lebih dari 3) anak,

4. Terlalu tua (usia lebih dari 35 tahun) ketika hamil.(WHO,2007:C 60)

Gambar 3.4
Penyebab Langsung
Kematian Ibu di Indonesia



Sumber : SDKI 2001

Sebab utama kematian ibu di Indonesia selama kehamilan, persalinan dan nifas adalah perdarahan, infeksi, dan eklampsia (penyakit akut dengan kejang dan koma pada wanita hamil dan dalam nifas). Perdarahan merupakan sebab kematian utama, yang sebagian besar disebabkan oleh plasenta yang tertinggal, dan salah satu faktor empat terlalu yaitu terlalu tua dalam melakukan proses persalinan.

Adapun penyebab tidak langsung yang paling dominan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.1
Penyebab Tidak Langsung Kematian Ibu
di Indonesia

No	Faktor Resiko Penyebab Kematian Ibu	%
1	Anemia	51,0
2	Terlalu Muda Usia (<20 thn)	10,3
3	Terlalu Tua Usianya (>35 thn)	11,0
4	Terlalu Banyak Anak (>3-4 org)	19,3
5	Terlalu dekat jaraknya	
	• Kurang dari 24 bln (<24 bln)	15,0
	• Kurang dari 36 bln (<36 bln)	36,0

Sumber : SDKI 2001

Berbagai indikator kesehatan masyarakat sudah menunjukkan perbaikan. Data tahun 2000 menunjukkan bahwa Angka Kelahiran Total atau *Total Fertility Rate (TFR)* telah turun sampai 2,8, AKB menjadi 52,2 per 1000 kelahiran hidup. Meskipun untuk tingkat nasional telah terjadi kemajuan dari semua indikator.

Penyebab-penyebab kematian ibu tidak langsung antara lain adalah anemia. Menurut SKRT prevalensi anemia pada ibu hamil adalah 51% dan pada ibu nifas 45%. Akan tetapi penelitian di Jawa Barat, suatu provinsi dengan kondisi sosial-ekonomi yang relatif lebih baik, melaporkan bahwa persentase ibu hamil yang menderita anemia sedang adalah 36% dan anemia ringan hanya 0,7%. Ibu hamil di daerah endemis malaria seperti provinsi Irian Jaya, Maluku dan NTT mudah menderita panas tinggi dan meninggal karena penyakit malaria.

Selanjutnya panas tinggi yang merupakan gejala infeksi panggul adalah indikasi dari praktek-praktek aseptik atau luka bersih selama persalinan dan masa nifas. Hal ini khususnya merupakan masalah di daerah-daerah dimana Dukun bayi menggunakan ramu-ramuan dan memasukkan bahan yang tidak *higienis* atau tidak bersih ke dalam vagina untuk membersihkannya.

Pada saat ini terdapat indikasi meningkatnya jumlah kasus infeksi PMS/HIV dan AIDS, walaupun jumlah kasus yang dilaporkan masih rendah. Dengan demikian pemakaian kontrasepsi (prevalensi) HIV pada wanita hamil maupun risiko penularan ibu pada anak diperkirakan akan meningkat. Laporan dari berbagai klinik PMS dan klinik KB di Jakarta menunjukkan bahwa prevalensi infeksi saluran reproduksi adalah signifikan. Data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa Hepatitis B merupakan masalah pada wanita hamil, dimana hampir 12% wanita hamil dilaporkan menderita infeksi Hepatitis B. Hepatitis B akut pada kehamilan adalah fatal baik untuk ibu maupun bayi baru lahir. (*Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer 2001-2010*)

Faktor-faktor sosial-budaya mempengaruhi dan menentukan kesehatan dan kelangsungan hidup selama kehamilan. Larangan untuk makan makanan tertentu selama kehamilan dan masa menyusui, kebiasaan menggunakan ramuan-ramuan untuk membersihkan vagina setelah persalinan, pemberian makanan bayi sebelum air susu ibu keluar serta sikap terhadap komplikasi selama kehamilan dan persalinan yang menganggap komplikasi sebagai kejadian normal merupakan beberapa kebiasaan yang berpengaruh negatif terhadap kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir. Ketidaktahuan wanita, suami dan keluarga tentang pentingnya

pelayanan saat hamil, pertolongan tenaga kesehatan terampil selama persalinan, persiapan kelahiran dan kedaruratan merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan ibu hamil.

3.3.1.1 Kesenjangan yang berhubungan dengan penyediaan pelayanan kesehatan ibu

Kurang lebih 50% desa memiliki Polindes. Kebijakan nasional menetapkan agar tiap desa memiliki satu Polindes, akan tetapi beberapa desa yang luas wilayahnya membutuhkan lebih dari satu Polindes. Jumlah fasilitas lain seperti Rumah Sakit dan Puskesmas rupanya lebih memadai. Meskipun demikian kualitas pelayanan kesehatan ibu dinilai masih rendah, dan disebagian besar kabupaten atau kota mekanisme rujukan kurang atau tidak berfungsi.

Keadaan di lapangan menunjukkan bahwa pelayanan Dukun bayi maupun Bidan di Desa tidak didukung sepenuhnya oleh suatu sistem penunjang yang berfungsi, termasuk akses terhadap fasilitas rujukan dimana terdapat pelayanan kedaruratan kebidanan selama 24 jam. Lagi pula, kemampuan Dukun ataupun Bidan di Desa dalam pengenalan komplikasi secara cepat dan melakukan rujukannya masih terbatas.

Peralatan esensial, persediaan bahan atau obat-obatan kadang-kadang telah kadaluarsa, tidak disimpan dengan baik, atau kadang-kadang tidak ada sama sekali. Tersedianya sumberdaya ini dan penggunaan yang efektif bergantung pada dua faktor kritis: pertama sistem pengadaan dan pengadaan ulang yang berfungsi, dan kedua, adanya kebijakan pemerintah untuk memberikan kewenangan pada penolong persalinan yang telah dilatih secara profesional untuk menggunakan alat

dan persediaan yang diperlukan. Tersedianya serta manajemen bahan-bahan, darah, dan peralatan medis khususnya merupakan masalah utama di Rumah Sakit kabupaten atau kota dimana alat-alat esensial untuk melaksanakan PONEK sangat kurang di berbagai kabupaten atau kota. Walaupun terdapat fasilitas *Safe Motherhood*, atau sekarang dikenal dengan *Making Pregnancy Safer*, Rumah Sakit Kabupaten mungkin tidak memiliki fasilitas penyimpanan darah. Tidak semua Bank Darah melakukan tes HIV dan Hepatitis B, sehingga dengan demikian dapat terjadi penularan melalui transfusi darah.

Di semua tingkat pelayanan terdapat kekurangan sumberdaya manusia yang signifikan. Menurut laporan 30% dari Rumah Sakit kabupaten atau kota tidak memiliki Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan, maupun Dokter Spesialis lainnya seperti Dokter Spesialis Anestesia, pada seluruh sistem kesehatan. terdapat kekurangan Dokter umum, Bidan dan Perawat. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa walaupun Dokter umum, dan Bidan di Desa telah memperoleh pelatihan, namun kompetensi dan keterampilan mereka dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir dasar, terutama manajemen aktif persalinan dan pelayanan kedaruratan kebidanan masih kurang memadai.

Motivasi dan kepuasan kerja yang rendah terutama disebabkan karena tidak adanya tingkat dan jenis penggajian yang sesuai dengan harapan petugas, penggunaan tenaga yang tidak efektif, uraian pekerjaan yang tidak relevan, kurangnya supervisi fasilitatif, kurangnya dukungan teman sejawat, kurangnya kesempatan pengembangan staf dan karir, serta risiko kesehatan dan keamanan di wilayah kerja. Kondisi penghidupan yang kurang menarik di daerah pedesaan,

seperti fasilitas pendidikan untuk tenaga kesehatan dan keluarganya, tantangan terhadap keterbatasan komunikasi, perasaan terasing di daerah terpencil dan sebagainya.

Menurut penilaian, keterampilan PLKB dan PPLKB dalam bidang konseling, komunikasi dan supervisi masih terbatas. Lagi pula, sebagian besar PLKB adalah pria, yang dianggap sebagai hambatan bagi wanita yang ingin menggunakan pelayanan KB. Sistem informasi kesehatan ibu dan bayinya pada saat ini tidak dapat digunakan untuk menelusuri keadaan ibu dan bayinya yang baru lahir secara individual, dan tidak terkait dengan sistem pencatatan dan pelaporan masyarakat di Dasa Wisma.

Kualitas data dari sistem informasi kesehatan ibu yang ada kurang memberikan informasi yang dapat digunakan sebagai dasar bagi perencanaan dan manajemen program. Sistem jaminan mutu tidak meliputi pengkajian pelayanan dimana kondisi ibu dan bayi baru lahir berada dalam keadaan normal. Partograf, suatu alat yang bermanfaat untuk menilai kualitas pelayanan selama persalinan di lapangan seringkali tidak digunakan.

Hasil beberapa asesmen yang perlu dicermati adalah kurangnya informasi bagi wanita, suami, keluarga dan anggota masyarakat tentang persiapan persalinan dan kedaruratan, pelayanan selama persalinan, gizi, pemberian Air Susu Ibu secara dini dan eksklusif. (*Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer 2001-2010*)

3.3.1.2 Kesenjangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu

Secara umum, pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu yang tidak merata sangat erat hubungannya dengan kemiskinan, pendidikan wanita dan pembangunan sosial. Kesenjangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu adalah lebih besar dari pada kesenjangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan lainnya seperti kesehatan anak dan imunisasi. Kaum ibu yang miskin dan tidak berpendidikan mengalami kesulitan khusus dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, karena keterbatasan biaya untuk pelayanan kesehatan khususnya tindakan bedah serta biaya transportasi.

Dalam kasus-kasus tertentu faktor budaya dan stigma sosial menambah kesulitan untuk menggunakan pelayanan. Pelayanan kesehatan ibu berkualitas tidak akan terjangkau bilamana kaum ibu harus membayar untuk pelayanan serta obat esensial, dan bilamana mereka harus menanggung biaya terselubung yang besar karena harus meninggalkan pekerjaan dan tidak mendapat upah, kehilangan waktu untuk melakukan tugas-tugas rumah tangga seperti menyediakan makanan, perawatan anak dan sebagainya.

Laporan program kesehatan ibu menunjukkan bahwa persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional atau antenatal sekurang-kurangnya 1 x cukup tinggi, namun persentase yang mengunjungi klinik antenatal 4 x sesuai standar nasional adalah lebih rendah. Laporan menunjukkan pula bahwa ibu hamil menganggap mutu pelayanan rendah. Persentase ibu hamil yang tidak mendapatkan dua dosis tetanus toksoid (20,7%) dan dosis penuh 90 tablet besi adalah signifikan. Lebih dari 65% dari semua persalinan ditolong

tenaga kesehatan terampil, sedangkan target nasional adalah 85%. Kira-kira 65% dari semua persalinan terjadi di rumah, sedangkan persalinan pada fasilitas kesehatan masih rendah.

Penelitian menunjukan bahwa terdapat perbedaan yang besar antar provinsi dalam tingkat pemanfaatan pelayanan pascapersalinan. Secara nasional kunjungan ibu nifas dilaporkan sebesar 74%, yang kebanyakan dilayani oleh Bidan di Desa.

Kelompok dengan fertilitas tinggi, terutama yang berusia kurang dari 20 tahun, merupakan proporsi yang signifikan dari wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi. Meskipun telah diupayakan untuk meningkatkan cakupan pelayanan KB, namun penggunaan kontrasepsi masih tetap rendah.

Penyelenggaraan sistem rujukan dan penyediaan transportasi yang sebaik-baiknya untuk ibu dan bayi baru lahir dengan komplikasi hanya efektif jika benar-benar dirasakan adanya kebutuhan untuk rujukan dan kaum ibu dengan keluarganya bersedia memanfaatkan pelayanan tersebut. Pengetahuan ibu-ibu dan keluarga, termasuk suami tentang tanda-tanda bahaya yang menunjukkan adanya kebutuhan rujukan sangat kurang. Lagi pula, terdapat indikasi bahwa masyarakat kurang berhasil membantu kaum ibu untuk dapat memanfaatkan sistem rujukan, seperti membantu dalam penyediaan dana untuk biaya pelayanan, pemanfaatan teknologi komunikasi seperti telpon dan atau radiogram diberbagai tingkat sistem pelayanan, serta pengaturan sistem transportasi yang berfungsi dengan baik.

Kondisi semacam ini mengakibatkan keterlambatan pertama dan kedua, yaitu terlambat mengenali tanda-tanda bahaya dan terlambat dirujuk ke Rumah Sakit, yang bersama terlambat ketiga yaitu untuk memperoleh pelayanan

komplikasi yang cukup dapat mengakibatkan kematian ibu yang tidak perlu terjadi. (*Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer 2001-2010*)

3.3.1.3 Kesenjangan yang berhubungan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan ibu

Pelayanan di fasilitas pemerintah diberikan dengan cara pembayaran *free for service*. Satu-satunya pelayanan tanpa dipungut biaya dalam pelayanan kesehatan ibu adalah imunisasi terhadap tetanus dan pelayanan untuk keluarga miskin. Ibu-ibu dari keluarga miskin sesuai kriteria yang ditetapkan oleh pemerintah, memperoleh pelayanan tanpa dipungut biaya melalui program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan JPS-BK yang pada awalnya diselenggarakan dengan bantuan terutama Bank Dunia dan Bank Pembangunan Asia.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) telah dilaksanakan selama beberapa waktu di berbagai kabupaten atau kota terpilih. Dalam program ini tiap keluarga membayar iuran sesuai yang ditetapkan oleh pemerintah daerah setempat. JPKM merupakan salah satu program yang dipromosikan dalam “Rencana Pembangunan Kesehatan ”. Program pembiayaan kesehatan lain seperti ASKES, Jamsostek, Dana Sehat dan Tabulin diselenggarakan dalam skala kecil. Tabulin adalah upaya pembiayaan khusus bagi wanita untuk pelayanan selama kehamilan dan persalinan. Konsorsium LSM bekerjasama dengan kelompok masyarakat telah membentuk *Community Recovery Program* untuk memberdayakan masyarakat setempat dalam membantu segmen masyarakat termiskin dan rentan.

Pelayanan komplikasi yang tepat waktu dan adekuat atau cukup sangat kritis untuk kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahirnya. Namun pertolongan demikian mahal biayanya. Penelitian menunjukkan bahwa kekurangan dana merupakan alasan utama penolakan untuk dirujuk ke Rumah Sakit. Terkecuali JPS, program pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat yang dikemukakan di atas, saat ini tidak menanggung biaya pelayanan bila terjadi komplikasi. Jumlah yang menolak dirujuk ke Rumah Sakit akan meningkat dengan adanya krisis ekonomi, keadaan ini mendukung upaya-upaya untuk memasukkan pelayanan komplikasi kesehatan ibu dan bayi baru lahir dalam paket program pembiayaan kesehatan.

Mekanisme pembiayaan untuk mendanai program kesehatan kabupaten atau kota saat ini adalah melalui *cost recovery* dan melalui dana alokasi umum dari pemerintah pusat. *Cost recovery* sangat penting untuk membiayai pengeluaran untuk pemberian pelayanan, terutama karena pemerintah daerah kabupaten atau kota mempunyai tanggung jawab penuh untuk mendanai pelaksanaan program. Saat ini sulit kiranya bagi kabupaten atau kota untuk mencari keseimbangan antara pemberian pelayanan yang berkualitas dan penekanan biaya pada tingkat yang dapat dijangkau.

Faktor-faktor ini sangat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan, terutama kasus komplikasi kehamilan dan persalinan ibu-ibu yang tidak mampu dan dengan demikian mempengaruhi tingkat kematian ibu dan bayi baru lahir.

Pemberian kondom dilakukan juga tanpa dipungut biaya. Dalam pelayanan KB, sektor swasta memberikan pelayanan lebih murah dibandingkan dengan

sektor pemerintah. Kira-kira 26% peserta KB di fasilitas pelayanan pemerintah, 17% di fasilitas LSM dan 5% di klinik swasta mendapat pelayanan KB tanpa dipungut biaya. Penelitian menunjukkan adanya hubungan langsung antara tingkat penggunaan kontrasepsi atau *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR) dan persentase peserta yang mendapat pelayanan tanpa membayar. Kenyataan ini akan mempunyai implikasi pada CPR sehubungan dengan desentralisasi dan krisis ekonomi saat ini, dimana kedua faktor ini mempunyai pengaruh langsung pada presentase ibu-ibu yang mendapat pelayanan tanpa dipungut biaya. Biaya pelayanan KB antar provinsi pun sangat berbeda-beda. Selanjutnya ada beban biaya tambahan seperti biaya transportasi, obat-obatan, biaya-biaya lain yang berhubungan dengan perawatan di Rumah Sakit dan sebagainya, yang juga mempengaruhi pemanfaatan pelayanan. (*Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer 2001-2010*)

3.3.1.4 Kesenjangan dalam kerjasama dan koordinasi antara pemerintah dan mitra kerja

Departemen Dalam Negeri merupakan mitra kerja sejajar dalam pemberian pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten dan provinsi, mengingat Dinas Kesehatan di kabupaten atau kota masing-masing berada langsung di bawah Bupati, Walikota dan Gubernur. Sebagaimana telah dikemukakan dalam pembahasan desentralisasi, pemerintah daerah di tingkat kabupaten atau kota adalah pengambil keputusan utama tentang pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Departemen-departemen yang mempunyai peran utama dalam mendukung pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir adalah Meneg Pemberdayaan Perempuan, Departemen Pendidikan Nasional dan Bappenas. Departemen Agama mempunyai peran penting dalam mempromosikan pesan-pesan Kesehatan Ibu dan Anak.

Di bawah pimpinan Menteri negara Pemberdayaan Perempuan telah dilaksanakan Gerakan Sayang Ibu (GSI), yang meliputi enam intervensi yang harus dilaksanakan bersama-sama. Intervensi tersebut meliputi mobilisasi pejabat kabupaten, kecamatan dan desa setempat, pemberdayaan wanita dan keluarganya melalui pemberian informasi, meningkatkan akses dan bimbingan tambahan bagi pelatihan tokoh-tokoh informal, kader dan Bidan di Desa, peningkatan mekanisme kerja Dasa Wisma, membantu pengembangan protokol tertulis tentang pelayanan dan meningkatkan efektifitas rujukan serta hubungan antara tingkat pelayanan yang satu dengan yang lainnya.

Selanjutnya gerakan ini memfokus pada pengembangan Kecamatan Sayang Ibu dan Rumah Sakit Sayang Ibu. Gerakan Sayang Ibu (GSI) saat ini hanya terdapat di beberapa kecamatan di Indonesia. Laporan dari lapangan menunjukkan bahwa pemerintah daerah dan petugas kesehatan kabupaten mendukung gerakan ini. Akan tetapi masukan dari pusat telah menurun karena hambatan pendanaan.

Untuk menjamin keterlibatan suami dalam kesehatan reproduksi prakarsa yang disebut Suami Siaga telah dilaksanakan di bawah koordinasi GSI di kabupaten atau kota terpilih. Tujuan prakarsa ini adalah meningkatkan keterlibatan pria dalam masalah kesehatan wanita, terutama dalam memperoleh

akses terhadap pelayanan komplikasi kehamilan dan persalinan. Pemerintah Indonesia bermaksud untuk mereplikasi program ini ke provinsi-provinsi lain.

Dengan Departemen Pendidikan Nasional (Depdiknas) telah dimulai tentang pendidikan gadis remaja mengenai masalah kesehatan reproduksi dan pencegahan anemia. Depdiknas pada saat ini sedang merevisi kurikulum Sekolah Menengah Umum dan Sekolah Menengah Pertama untuk mengakomodasi isu-isu kesehatan reproduksi.

Peran BKKBN dalam program KB telah dibahas di bagian lain mengenai fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan ibu hamil dan bayi baru lahir. BKKBN melalui kontribusinya dalam penurunan fertilitas telah menurunkan *life time risk*s dari kematian ibu. Kedua institusi mempunyai kepentingan yang sama di beberapa bidang yang kadang-kadang sulit untuk dikoordinasikan di lapangan, sehingga dapat menciptakan tumpang tindih yang tidak dapat dihindari. (*Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer 2001-2010*)

3.3.1.5 Kelestarian Program-program Swasta yang Belum Dapat diketahui

Peran sektor swasta dalam penyediaan pelayanan terutama pelayanan rujukan telah dibahas di tempat lain mengenai fasilitas kesehatan untuk pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Rumah Sakit swasta yang besar menyediakan fasilitas pelatihan untuk pelatihan berbagai jenis petugas kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Kebanyakan Rumah Sakit swasta mengharuskan pembayaran uang muka untuk tiap perawatan. Meskipun fasilitas kesehatan swasta harus

memperhatikan standar pelayanan, namun tidak ada pengawasan efektif dari Dinas Kesehatan setempat.

Organisasi profesi seperti POGI, IDAI, Perinasia, IDI, dan IBI bekerjasama dalam berbagai kegiatan untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir. POGI telah memainkan peranan utama dalam pengembangan Standar Nasional dan Pedoman pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir serta pelatihan tenaga kesehatan. IBI mempunyai peran penting dalam pelatihan bidan.

Kelestarian upaya-upaya untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas kesehatan ibu dan bayi baru lahir merupakan keprihatinan yang besar dalam konteks krisis ekonomi dan pelaksanaan desentralisasi saat ini. Program asuransi kesehatan lainnya memberi bantuan pada ibu-ibu dari keluarga miskin untuk mendapatkan akses pelayanan. Namun demikian kelestarian program-program ini belum dapat diketahui. Mengingat bahwa tanggung jawab untuk pelaksanaan berbagai program sepenuhnya ada pada kabupaten atau kota, maka tidak ada jaminan apakah akan tersedia sumberdaya yang memadai untuk peningkatan kesehatan serta kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir. Maka diharapkan peningkatan koordinasi antara mitra kerja untuk menurunkan AKI. (*Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer 2001-2010*)