

Bemberdayaan *Perempuan* **P**edesaan

Pengembangan Metodologis Kajian Perempuan
Prof. Dr. Pudjiwati Sajogyo

Kata Pengantar: Ny. Hj. Vita Gamawan Fauzi, Ketua Umum Tim Penggerak PKK Pusat



Editor: Ekawati S. Wahyuni dan Lala M. Kolopaking

Bemberdayaan *Perempuan* **LP**edesaan

Pengembangan Metodologis Kajian Perempuan
Prof. Dr. Pudjiwati Sajogyo

Bemberdayaan **IP**erempuan **P**edesaan

Pengembangan Metodologis Kajian Perempuan
Prof. Dr. Pudjiwati Sajogyo

PENULIS:

Pudjiwati Sajogyo (Alm.)

Aida Vitayala Hubeis

Clara M. Kusharto

Dwi Astuti

Dwi Sadono

Ekawati S. Wahyuni

Henny Windarti

Herien Puspitawati

Julia Indrawati Sari

Keppi Sukesi

Lala M. Kolopaking

Lisna Y. Poeloengan

Maihasni

Melani A. Sunito

Mohammad Iqbal Banna

Murdianto

Siti Amanah

Siti Madaniyah

Siti Sugiah M. Mugniesyah

Titik Sumarti

Tyas Retno Wulan

Ulfa Hidayati

Winati Wigna

EDITOR:

Ekawati Sri Wahyuni

Lala M. Kolopaking

PEMBERDAYAAN PEREMPUAN PEDESAAN
Pengembangan Metodologis Kajian Perempuan Prof. Pudjiwati Sajogyo

Penulis:

Aida Vitayala Hubeis - Clara M. Kusharto - Dwi Astuti - Dwi Sadono -
Ekawati S. Wahyuni - Henny Windarti - Herien Puspitawati - Julia Indrawati
Sari - Keppi Sukesni - Lala M. Kolopaking - Lisna Y. Poeloengan - Maihasni -
Melani A. Sunito - Mohammad Iqbal Banna - Murdianto - Pudjiwati Sajogyo
(Alm.) - Siti Amanah - Siti Madaniyah - Siti Sugiah M. Mugniesyah - Titik
Sumarti - Tyas Retno Wulan - Ulfa Hidayati - Winati Wigna

Editor:

Ekawati S. Wahyuni
Lala M. Kolopaking

Layout:

Mohammad Iqbal Banna

Desain Buku dan Kulit Sampul:

Mohammad Iqbal Banna

Diterbitkan pertama kali, Juni 2010
oleh

Pusat Studi Pembangunan Pertanian dan Pedesaan (PSP3) IPB
Kampus IPB Baranangsiang
Jl. Raya Pajajaran - Bogor
Telp. 0251 - 8345724, e-mail: psp3@ipb.ac.id

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh
Isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit
ISBN: 978-979-8637-60-5

DAFTAR ISI

Halaman

PENGANTAR

Perempuan Pedesaan: Dari Kajian Peranan Hingga Pemberdayaan
(Ekawati S. Wahyuni, Lala M. Kolopaking)..... 1

A. KAJIAN AWAL MENGENAI KELUARGA DAN PEREMPUAN PEDESAAN DI INDONESIA

BAB 1 Pendekatan dan Identifikasi Instrumen Penelitian Wanita:
Kasus Wanita di Pedesaan (Pudjiwati Sajogyo)..... 19

BAB 2 Pola Bekerja Wanita Pedesaan dalam Pembangunan
(Pudjiwati Sajogyo)..... 35

BAB 3 Penelitian Wanita dan Pembangunan Pedesaan di
Indonesia Periode 1981-1987 (Pudjiwati Sajogyo)..... 73

BAB 4 Kajian Perempuan dan Keluarga Pedesaan: Dari
Disertasi ke Studi Perempuan di Indonesia (Lala M.
Kolopaking, Tyas Retno Wulan, Maihasni, Ekawati S.
Wahyuni)..... 89

BAB 5 Dinamika Hubungan Gender Di Pedesaan Jawa dalam
Tiga Dasawarsa (1978-2008) (Keppi Sukesi)..... 123

B. PERKEMBANGAN KAJIAN PERAN DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN PEDESAAN

BAB 6 Pemberdayaan Keluarga Petani Melalui Peningkatan
Akses Perempuan terhadap Skim Kredit Bergulir Usaha
Kulawargi Mandiri (Siti Sugiah M. Mugniesyah, Henny
Windarti, Herien Puspitawati)..... 151

BAB 7 Partisipasi Perempuan untuk Meningkatkan Taraf Hidup
Keluarga (Winati Wigna, Herien Puspitawati)..... 173

BAB 8 Memaknai Internasionalisasi Perempuan Pedesaan (Lala
M. Kolopaking)..... 205

BAB 9 Desain Pemberdayaan Buruh Migran Perempuan
Indonesia untuk Peningkatan Pembangunan dan
Lingkungan Permukiman Daerah Asal (Lisna
Y.Poeloengan dan M.Iqbal Banna)..... 233

o

zati
ni -
gyo
k

C. KAJIAN APLIKASI KEBIJAKAN BERKAIT KESEJAHTERAAN MASYARAKAT, KELUARGA, DAN PEREMPUAN

BAB 10	Pemberantasan Buta Aksara sebagai Cara Pemberdayaan Perempuan (Ekawati S. Wahyuni, Winati Wigna, Murdianto, Dwi Sadono).....	257	Taba 2.7 2.5
BAB 11	Kajian Pelayanan Kesehatan bagi Ibu dan Anak di Pedesaan (Titik Sumarti).....	289	
BAB 12	Situasi Pangan dan Gizi dan Penanggulangannya di Kabupaten Bogor (Clara M. Kusharto, Siti Madaniyah).....	317	
BAB 13	Upaya Pengembangan Mutu Kehidupan Masyarakat Desa Secara Berkelanjutan dan Berperspektif Gender (Siti Amanah).....	349	4.

D. PERAN LSM DALAM PEMBERDAYAAN PEREMPUAN

BAB 14	Perempuan Pedesaan: Liku-liku Meretas Jalan Menuju Keberdayaan (Dwi Astuti).....	381	5.
BAB 15	Pemberdayaan Perempuan Usaha Kecil: Jalan Panjang Menuju Keberdayaan. (Julia Indrawati Sari).....	399	6.
BAB 16	Gerakan Konservasi Perempuan Nyungcung: Hasil Interaksi antara Kemiskinan, Budaya Patriarkhi, dan Pengaruh Ornop (Ulfa Hidayati).....	423	6.

E. POLITIK PEMBERDAYAAN PEREMPUAN

BAB 17	Menambah Rumit? Menyertakan Isu Perempuan dan Gender dalam Gerakan/Ornop Lingkungan Hidup (Melani A. Sunito).....	447	6.
BAB 18	Studi Evaluasi Penyelenggaraan PUG di Daerah (Aida Vitayala S. Hubeis).....	457	6.

6

6

6

6

DAFTAR TABEL

	Tabel	Halaman
'57	2.1 Jumlah Petani Berdasarkan Status Kepemilikan.....	40
89	2.2 Rata-rata Jam Kerja Pria dan Wanita (Sepuluh Tahun Ke Atas) dalam Sehari untuk Pekerjaan Mencari Nafkah di Dua Desa Jawa Barat dan Satu Desa Jawa Tengah, pada tahun 1977-1978 dan 1971-1972.....	55
17	4.1 Kecenderungan Topik dan Sub-topik Tesis dan Disertasi Bertemakan Wanita dan Keluarga, PS SPD – SPS – IPB, 1986-2004.....	91
49	5.1 Jenis Pekerjaan Rokok Mesin dan Rokok Tangan serta Pembagian Kerja Laki-laki dan Perempuan.....	136
81	5.2 Jenis Pekerjaan Pertanian, Pembagian Kerja Berdasar Gender dan Tingkat Upah.....	139
99	6.1 Kondisi Partisipan Skim Kredit Bergulir UKM di Tiga Desa Kasus.....	156
23	6.2 Jenis Usaha yang Dkembangkan Partisipan Skim Kredit UKM di Tiga Desa Kasus (dalam jumlah dan %).....	158
	6.3 Pengambil Keputusan Usaha Produktif Partisipan UKM di Tiga Desa Kasus (%).....	159
	6.4 Pelaku Usaha Produktif Partisipan UKM di Tiga Desa Kasus (%).....	160
17	6.5 Alokasi Kredit UKM dalam Kegiatan Produktif di Tiga Desa Kasus (%).....	161
57	6.6 Perkembangan Jumlah Kredit dan Infak UKM di Tiga Desa Kasus Periode 2001-2003 (dalam Rupiah).....	162
	6.7 Perkembangan Tabungan UKM di Tiga Desa Kasus Menurut Nama Rembug Pusat dan Jenis Tabungan.....	164
	6.8 Frekuensi Penundaan Angsuran Partisipan UKM di Tiga Desa Kasus.....	166
	6.9 Posisi Pinjaman, Pengembalian, Tabungan dan Jumlah Anggota Skim Kredit UKM di Tiga Desa di Tiga Kabupaten di Jawa Barat per 21 November 2003.....	167

6.10	Jumlah Kredit dan Infak UKM di Tiga Desa Kasus Tahun Ke-3.....	168	11
7.1	Indeks Manusia Pembangunan NTB, Tahun 1996 dan 1999.....	179	11
7.2	Persentase Rumahtangga yang Mendapat Bantuan Pangan/Sembako/Kredit pada Januari-Desember 2002 menurut Jenis Bantuan, 2003.....	180	11
7.3	Nama KPK Di Desa Terara dan Desa Bujak Menurut Waktu Pendirian.....	182	1
7.4	Posisi Responden dalam Kepengurusan KPK (n=55) di Desa Penelitian di NTB, 2003.....	184	1
7.5	Jenis Kegiatan Usaha dan Bentuk Usaha Individu.....	185	
7.6	Komposisi Responden KPK Menurut Tingkat Pendidikan dan Jenis Kelamin, NTB 2003.....	187	
7.7	Laporan Keuangan dan Statistik (LKS) LKM Teratai, Desa Terara, Kecamatan Terara, NTB, 2003.....	190	
7.8	Motivasi yang Mendorong Perempuan Menjadi Anggota KPK.....	195	
8.1	Peta Permasalahan dan Kreasi BMP Mengatasinya di Arab Saudi.....	214	
8.2	Peta Permasalahan dan Kreasi BMP Mengatasinya di Hong Kong.....	219	
9.1	Jenis Data, Metode Pengumpulan dan Sumber Data.....	238	
9.2	Analisis Kebutuhan Stakeholders pada Dimensi Kebijakan Publik.....	240	
9.3	Perbedaan Berbagai Aspek Kehidupan Rumahtangga Antara Sebelum dan Sesudah Menjadi BMP.....	244	
10.1	Jumlah dan Persentase Buta Aksara ¹ di Indonesia Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur, 1990 dan 2003.....	266	
10.2	Jumlah dan Persentase Penduduk Buta Aksara Usia 10 - 44 Tahun di Empat Provinsi Penelitian, 2003.....	267	
10.3	Profil Perempuan Buta Aksara di Empat Propinsi.....	268	
10.4	Pentingnya Kemampuan Baca Tulis dan Pengetahuan PLS di Empat Provinsi.....	269	
10.5	Latar Belakang Keluarga Responden dan Alasan Tidak		

	Sekolah di Empat Provinsi.....	270
11.1	Kualitas Hidup Manusia dan Kualitas Hidup Perempuan Indonesia Berdasarkan IPM dan IPG Tahun 2004.....	291
11.2	Alternatif Daerah sebagai Lokasi Kegiatan.....	294
11.3	AKI di Kabupaten Bandung (Jawa Barat), Kabupaten Bantul (D.I. Yogyakarta) dan Kabupaten Solok (Sumatera Barat) pada Tahun 2000 – 2004.....	294
11.4	AKB di Kabupaten Bandung (Jawa Barat), Kabupaten Bantul (D.I. Yogyakarta) dan Kabupaten Solok (Sumatera Barat) pada Tahun 2001 – 2003.....	295
11.5	Umur Harapan Hidup (eo) di Kabupaten Bandung (Jawa Barat), Kabupaten Bantul (D.I. Yogyakarta) dan Kabupaten Solok (Sumatera Barat) pada Tahun 2003 – 2004.....	296
11.6	Evaluasi Kegiatan Puskesmas Cakupan Program Puskesmas Soreang Tahun 2003.....	297
11.7	Jumlah dan Persentase Responden Pengguna Puskesmas Menurut Tingkat Kemiskinan dan Kabupaten Tahun 2005	302
11.8	Jumlah dan Persentase Responden Pengguna Puskesmas Menurut Status Asuransi Kesehatan dan Kabupaten tahun 2005.....	303
11.9	Jumlah dan Persentase Responden Pengguna Puskesmas Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten tahun 2005.....	304
11.10	Jumlah dan Persentase Responden Menurut Fasilitas Kesehatan yang Paling Sering Digunakan dan Kabupaten tahun 2005.....	305
11.11	Jumlah dan Persentase Responden Menurut Lokasi Fasilitas Kesehatan dan Kabupaten Tahun 2005.....	306
11.12	Jumlah dan Persentase Responden Menurut Penerima Bantuan Program Pelayanan Pelayanan Kesehatan Puskesmas dan Kabupaten Tahun 2005.....	310
11.13	Jumlah dan Persentase Responden menurut Tindakan yang dilakukan dalam kondisi darurat dan Kabupaten Tahun 2005.....	311
12.1	Peringkat kualitas SDM diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (HDI).....	319

12.2	Beberapa bencana alam yang terjadi di Indonesia (Sejak Tahun 1907).....	322
12.3	Dampak Kekurangan Zat Gizi pada Masa Hamil Hingga Lanjut Usia.....	324
12.4	Tanda Dan Gejala Kurang Energi Protein.....	326
12.5	Prevalensi Anemia Gizi Besi Anak Balita Berdasarkan SKRT 2001.....	328
12.6	Prevalensi Anemia Gizi Besi Tahun 2001 pada Wanita Usia Subur (WUS).....	329
12.7	Prevalensi Kegemukan pada Anak dari Berbagai Penelitian di Indonesia.....	332
12.8	Hasil Kegiatan PMT-P di Kabupaten Bogor Tahun 2007.....	342
12.9	Hasil Penanganan Gizi Buruk Di Klinik Gizi di Kabupaten Bogor Tahun 2007.....	344
13.1	Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin di Indonesia menurut Daerah, 1996-2005.....	355
13.2	Kekhasan Kelembagaan Desa di Masing-masing Lokasi Studi.....	358
13.3	Data yang Digunakan dalam Studi.....	359
13.4	Keadilan dan Kesetaraan Gender pada Beberapa Segi Kehidupan.....	370
13.5	Sistem Sosial Masyarakat Desa Kajian di Lima Provinsi.....	371
13.6	Indeks HDI, GDI dan GEM pada Lima Provinsi.....	375
18.1	Kebijakan Pembangunan Daerah Responsif Gender, 2006	478
18.2	Persentase Efisiensi Pelaksanaan PUG Daerah, 2006.....	492

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
4.1	Jejaring Konsep Dominan Studi Perempuan dan Keluarga.....	97
8.1	Bagan Alir Kajian.....	210
8.2	Pemahaman BMP sebagai Bagian dari Sistem Bekerja ke Luar Negeri.....	224
9.1	Alur Kerja Penelitian.....	237
9.2	Diagram Sistem Pemberdayaan BMP Dalam Rangka Perbaikan Kualitas SDA dan Permukiman di Daerah Asal.....	241
9.3	Bagan Desain Kelembagaan.....	250
12.1	Aspek Kehidupan dalam IPM.....	319
12.2	Permasalahan Gizi di Indonesia.....	320
12.3	Dampak Kekurangan Zat Gizi pada Masa Janin dan Anak Umur 0-3 Tahun.....	323
12.4	Berbagai Penyebab Terjadinya Gizi Buruk.....	325
12.5	Pertumbuhan Anak Indonesia.....	326
12.6	Peta Sebaran Defisiensi Vitamin A Negara-negara di Dunia Tahun 2004.....	327
12.7	Lama Melihat pada Bayi Sehat dan Kurang Fe.....	329
12.8	Umur Mulai Merangkak pada Bayi Sehat dan Kekurangan Fe.....	330
12.9	Hasil bulan penimbangan balita pada tahun 2007.....	334
12.10	Status Gizi Balita Di Kabupaten Bogor Tahun 2007.....	335
12.11	Temuan Baru Kasus Gizi Buruk Tingkat Berat Tahun 2007.....	336
12.12	Prevalensi Anemia dan KEK Ibu Hamil di Kabupaten Bogor.....	336
12.13	Cakupan Program Gizi (SKDiN) Tahun 2007.....	337
12.14	Cakupan Distribusi Fe1 Dan Fe3 Tahun 2007.....	337
12.15	Cakupan Distribusi Fe pada Ibu Nifas tahun 2007.....	338

12.16	Cakupan Vitamin A Tahun 2007.....	339
12.17	Hasil Pemantauan Konsumsi Garam Beriodium Tingkat Masyarakat Pada Bulan Februari 2007.....	339
13.1	Upaya Peningkatan Mutu Kehidupan Masyarakat Desa...	376
18.1	Komitmen Kelembagaan PP dalam PUG 2006.....	477
18.2	Total APBD dan Total Dana Responsif Gender di Daerah	481
18.3	Komitmen Kebijakan Daerah Dalam Implementasi PUG, 2006.....	483
18.4	Forum Pendukung Implementasi PUG, PP dan PA di Lokasi Studi.....	485
18.5	Pelaksanaan Pemampuan PUG di Lokasi Studi, 2006.....	490
18.6	Ketersediaan Data Terpilah Gender di Lokasi Studi, 2006.....	491
18.7	Hasil Skoring <i>Success Story</i>	492
18.8	Efisiensi penyelenggaraan PUG di daerah, 2006.....	493

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		Halaman
1	Jumlah Jam Kerja Rata-rata dalam Sehari untuk Pria dan Wanita dalam Berbagai Pekerjaan di Bidang Pertanian dan Non-pertanian di Kedua Desa Penelitian Daerah Sukabumi dan Sumedang Jawa Barat (1977-1978).....	69
2	Imbalan Kerja oleh Pekerja Wanita dan Pria pada Pekerjaan Buruh Tani, Buruh dan Jasa per Jam (Rp/jam) Selama Setahun (1977-1978) Menurut Lapisan di Daerah Sukabumi dan Sumedang, Jawa Barat.....	70
3	Imbalan Kerja Rumahtangga (Rp/jam) (kg.beras/jam) (% waktu yang digunakan) dari Beragam Kegiatan Mencari Nafkah Pada Berbagai Lapisan,di Desa A (Sukabumi) dan Desa B (Sumedang), Jawa Barat, 1977-1978.....	71
4	Ragam Usaha Mencari Nafkah Menurut Alokasi (%) jam Kerja dan Tingkat Imbalan Kerja (Rp/jam) di Desa A (Sukabumi) dan Desa B (Sumedang) Jawa Barat 1977—1978.....	72
5	Rata-rata Jam Kerja dalam Sehari: Pria dan Wanita dalam Pekerjaan Rumahtangga dan Pekerjaan Nafkah di Lima Provinsi, 1981 – 1982.....	73
6	Pemberdayaan Keluarga Petani melalui Skim UKM.....	173
7	TERJEMAHAN SURAT AL-BAQARAH 282.....	174

Bemberdayaan *Perempuan* **P**edesaan

Pengembangan Metodologis Kajian Perempuan
Prof. Dr. Pudjiwati Sajogyo

Kata Pengantar: Ny. Hj. Vita Gamawan Fauzi, Ketua Umum Tim Penggerak PKK Pusat



Editor: Ekawati S. Wahyuni dan Lala M. Kolopaking

Bemberdayaan *Perempuan* **LP**edesaan

Pengembangan Metodologis Kajian Perempuan
Prof. Dr. Pudjiwati Sajogyo

Bemberdayaan **IP**erempuan **P**edesaan

Pengembangan Metodologis Kajian Perempuan
Prof. Dr. Pudjiwati Sajogyo

PENULIS:

Pudjiwati Sajogyo (Alm.)

Aida Vitayala Hubeis

Clara M. Kusharto

Dwi Astuti

Dwi Sadono

Ekawati S. Wahyuni

Henny Windarti

Herien Puspitawati

Julia Indrawati Sari

Keppi Sukesi

Lala M. Kolopaking

Lisna Y. Poeloengan

Maihasni

Melani A. Sunito

Mohammad Iqbal Banna

Murdianto

Siti Amanah

Siti Madaniyah

Siti Sugiah M. Mugniesyah

Titik Sumarti

Tyas Retno Wulan

Ulfa Hidayati

Winati Wigna

EDITOR:

Ekawati Sri Wahyuni

Lala M. Kolopaking

PEMBERDAYAAN PEREMPUAN PEDESAAN
Pengembangan Metodologis Kajian Perempuan Prof. Pudjiwati Sajogyo

Penulis:

Aida Vitayala Hubeis - Clara M. Kusharto - Dwi Astuti - Dwi Sadono -
Ekawati S. Wahyuni - Henny Windarti - Herien Puspitawati - Julia Indrawati
Sari - Keppi Sukesni - Lala M. Kolopaking - Lisna Y. Poeloengan - Maihasni -
Melani A. Sunito - Mohammad Iqbal Banna - Murdianto - Pudjiwati Sajogyo
(Alm.) - Siti Amanah - Siti Madaniyah - Siti Sugiah M. Mugniesyah - Titik
Sumarti - Tyas Retno Wulan - Ulfa Hidayati - Winati Wigna

Editor:

Ekawati S. Wahyuni
Lala M. Kolopaking

Layout:

Mohammad Iqbal Banna

Desain Buku dan Kulit Sampul:

Mohammad Iqbal Banna

Diterbitkan pertama kali, Juni 2010
oleh

Pusat Studi Pembangunan Pertanian dan Pedesaan (PSP3) IPB
Kampus IPB Baranangsiang
Jl. Raya Pajajaran - Bogor
Telp. 0251 - 8345724, e-mail: psp3@ipb.ac.id

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh
Isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit
ISBN: 978-979-8637-60-5

DAFTAR ISI

Halaman

PENGANTAR

Perempuan Pedesaan: Dari Kajian Peranan Hingga Pemberdayaan
(Ekawati S. Wahyuni, Lala M. Kolopaking)..... 1

A. KAJIAN AWAL MENGENAI KELUARGA DAN PEREMPUAN PEDESAAN DI INDONESIA

BAB 1 Pendekatan dan Identifikasi Instrumen Penelitian Wanita:
Kasus Wanita di Pedesaan (Pudjiwati Sajogyo)..... 19

BAB 2 Pola Bekerja Wanita Pedesaan dalam Pembangunan
(Pudjiwati Sajogyo)..... 35

BAB 3 Penelitian Wanita dan Pembangunan Pedesaan di
Indonesia Periode 1981-1987 (Pudjiwati Sajogyo)..... 73

BAB 4 Kajian Perempuan dan Keluarga Pedesaan: Dari
Disertasi ke Studi Perempuan di Indonesia (Lala M.
Kolopaking, Tyas Retno Wulan, Maihasni, Ekawati S.
Wahyuni)..... 89

BAB 5 Dinamika Hubungan Gender Di Pedesaan Jawa dalam
Tiga Dasawarsa (1978-2008) (Keppi Sukesi)..... 123

B. PERKEMBANGAN KAJIAN PERAN DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN PEDESAAN

BAB 6 Pemberdayaan Keluarga Petani Melalui Peningkatan
Akses Perempuan terhadap Skim Kredit Bergulir Usaha
Kulawargi Mandiri (Siti Sugiah M. Mugniesyah, Henny
Windarti, Herien Puspitawati)..... 151

BAB 7 Partisipasi Perempuan untuk Meningkatkan Taraf Hidup
Keluarga (Winati Wigna, Herien Puspitawati)..... 173

BAB 8 Memaknai Internasionalisasi Perempuan Pedesaan (Lala
M. Kolopaking)..... 205

BAB 9 Desain Pemberdayaan Buruh Migran Perempuan
Indonesia untuk Peningkatan Pembangunan dan
Lingkungan Permukiman Daerah Asal (Lisna
Y.Poeloengan dan M.Iqbal Banna)..... 233

o

zati
ni -
gyo
k

C. KAJIAN APLIKASI KEBIJAKAN BERKAIT KESEJAHTERAAN MASYARAKAT, KELUARGA, DAN PEREMPUAN

BAB 10	Pemberantasan Buta Aksara sebagai Cara Pemberdayaan Perempuan (Ekawati S. Wahyuni, Winati Wigna, Murdianto, Dwi Sadono).....	257	Taba
BAB 11	Kajian Pelayanan Kesehatan bagi Ibu dan Anak di Pedesaan (Titik Sumarti).....	289	2.5
BAB 12	Situasi Pangan dan Gizi dan Penanggulangannya di Kabupaten Bogor (Clara M. Kusharto, Siti Madaniyah).....	317	
BAB 13	Upaya Pengembangan Mutu Kehidupan Masyarakat Desa Secara Berkelanjutan dan Berperspektif Gender (Siti Amanah).....	349	4.

D. PERAN LSM DALAM PEMBERDAYAAN PEREMPUAN

BAB 14	Perempuan Pedesaan: Liku-liku Meretas Jalan Menuju Keberdayaan (Dwi Astuti).....	381	5.
BAB 15	Pemberdayaan Perempuan Usaha Kecil: Jalan Panjang Menuju Keberdayaan. (Julia Indrawati Sari).....	399	6.
BAB 16	Gerakan Konservasi Perempuan Nyungcung: Hasil Interaksi antara Kemiskinan, Budaya Patriarkhi, dan Pengaruh Ornop (Ulfa Hidayati).....	423	6.

E. POLITIK PEMBERDAYAAN PEREMPUAN

BAB 17	Menambah Rumit? Menyertakan Isu Perempuan dan Gender dalam Gerakan/Ornop Lingkungan Hidup (Melani A. Sunito).....	447	6.
BAB 18	Studi Evaluasi Penyelenggaraan PUG di Daerah (Aida Vitayala S. Hubeis).....	457	6.

6

6

6

6

DAFTAR TABEL

	Tabel	Halaman
'57	2.1 Jumlah Petani Berdasarkan Status Kepemilikan.....	40
89	2.2 Rata-rata Jam Kerja Pria dan Wanita (Sepuluh Tahun Ke Atas) dalam Sehari untuk Pekerjaan Mencari Nafkah di Dua Desa Jawa Barat dan Satu Desa Jawa Tengah, pada tahun 1977-1978 dan 1971-1972.....	55
17	4.1 Kecenderungan Topik dan Sub-topik Tesis dan Disertasi Bertemakan Wanita dan Keluarga, PS SPD – SPS – IPB, 1986-2004.....	91
49	5.1 Jenis Pekerjaan Rokok Mesin dan Rokok Tangan serta Pembagian Kerja Laki-laki dan Perempuan.....	136
81	5.2 Jenis Pekerjaan Pertanian, Pembagian Kerja Berdasar Gender dan Tingkat Upah.....	139
99	6.1 Kondisi Partisipan Skim Kredit Bergulir UKM di Tiga Desa Kasus.....	156
23	6.2 Jenis Usaha yang Dkembangkan Partisipan Skim Kredit UKM di Tiga Desa Kasus (dalam jumlah dan %).....	158
	6.3 Pengambil Keputusan Usaha Produktif Partisipan UKM di Tiga Desa Kasus (%).....	159
	6.4 Pelaku Usaha Produktif Partisipan UKM di Tiga Desa Kasus (%).....	160
17	6.5 Alokasi Kredit UKM dalam Kegiatan Produktif di Tiga Desa Kasus (%).....	161
57	6.6 Perkembangan Jumlah Kredit dan Infak UKM di Tiga Desa Kasus Periode 2001-2003 (dalam Rupiah).....	162
	6.7 Perkembangan Tabungan UKM di Tiga Desa Kasus Menurut Nama Rembug Pusat dan Jenis Tabungan.....	164
	6.8 Frekuensi Penundaan Angsuran Partisipan UKM di Tiga Desa Kasus.....	166
	6.9 Posisi Pinjaman, Pengembalian, Tabungan dan Jumlah Anggota Skim Kredit UKM di Tiga Desa di Tiga Kabupaten di Jawa Barat per 21 November 2003.....	167

6.10	Jumlah Kredit dan Infak UKM di Tiga Desa Kasus Tahun Ke-3.....	168	11
7.1	Indeks Manusia Pembangunan NTB, Tahun 1996 dan 1999.....	179	11
7.2	Persentase Rumahtangga yang Mendapat Bantuan Pangan/Sembako/Kredit pada Januari-Desember 2002 menurut Jenis Bantuan, 2003.....	180	11
7.3	Nama KPK Di Desa Terara dan Desa Bujak Menurut Waktu Pendirian.....	182	1
7.4	Posisi Responden dalam Kepengurusan KPK (n=55) di Desa Penelitian di NTB, 2003.....	184	1
7.5	Jenis Kegiatan Usaha dan Bentuk Usaha Individu.....	185	
7.6	Komposisi Responden KPK Menurut Tingkat Pendidikan dan Jenis Kelamin, NTB 2003.....	187	
7.7	Laporan Keuangan dan Statistik (LKS) LKM Teratai, Desa Terara, Kecamatan Terara, NTB, 2003.....	190	
7.8	Motivasi yang Mendorong Perempuan Menjadi Anggota KPK.....	195	
8.1	Peta Permasalahan dan Kreasi BMP Mengatasinya di Arab Saudi.....	214	
8.2	Peta Permasalahan dan Kreasi BMP Mengatasinya di Hong Kong.....	219	
9.1	Jenis Data, Metode Pengumpulan dan Sumber Data.....	238	
9.2	Analisis Kebutuhan Stakeholders pada Dimensi Kebijakan Publik.....	240	
9.3	Perbedaan Berbagai Aspek Kehidupan Rumahtangga Antara Sebelum dan Sesudah Menjadi BMP.....	244	
10.1	Jumlah dan Persentase Buta Aksara ¹ di Indonesia Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur, 1990 dan 2003.....	266	
10.2	Jumlah dan Persentase Penduduk Buta Aksara Usia 10 - 44 Tahun di Empat Provinsi Penelitian, 2003.....	267	
10.3	Profil Perempuan Buta Aksara di Empat Propinsi.....	268	
10.4	Pentingnya Kemampuan Baca Tulis dan Pengetahuan PLS di Empat Provinsi.....	269	
10.5	Latar Belakang Keluarga Responden dan Alasan Tidak		

	Sekolah di Empat Provinsi.....	270
11.1	Kualitas Hidup Manusia dan Kualitas Hidup Perempuan Indonesia Berdasarkan IPM dan IPG Tahun 2004.....	291
11.2	Alternatif Daerah sebagai Lokasi Kegiatan.....	294
11.3	AKI di Kabupaten Bandung (Jawa Barat), Kabupaten Bantul (D.I. Yogyakarta) dan Kabupaten Solok (Sumatera Barat) pada Tahun 2000 – 2004.....	294
11.4	AKB di Kabupaten Bandung (Jawa Barat), Kabupaten Bantul (D.I. Yogyakarta) dan Kabupaten Solok (Sumatera Barat) pada Tahun 2001 – 2003.....	295
11.5	Umur Harapan Hidup (eo) di Kabupaten Bandung (Jawa Barat), Kabupaten Bantul (D.I. Yogyakarta) dan Kabupaten Solok (Sumatera Barat) pada Tahun 2003 – 2004.....	296
11.6	Evaluasi Kegiatan Puskesmas Cakupan Program Puskesmas Soreang Tahun 2003.....	297
11.7	Jumlah dan Persentase Responden Pengguna Puskesmas Menurut Tingkat Kemiskinan dan Kabupaten Tahun 2005	302
11.8	Jumlah dan Persentase Responden Pengguna Puskesmas Menurut Status Asuransi Kesehatan dan Kabupaten tahun 2005.....	303
11.9	Jumlah dan Persentase Responden Pengguna Puskesmas Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten tahun 2005.....	304
11.10	Jumlah dan Persentase Responden Menurut Fasilitas Kesehatan yang Paling Sering Digunakan dan Kabupaten tahun 2005.....	305
11.11	Jumlah dan Persentase Responden Menurut Lokasi Fasilitas Kesehatan dan Kabupaten Tahun 2005.....	306
11.12	Jumlah dan Persentase Responden Menurut Penerima Bantuan Program Pelayanan Pelayanan Kesehatan Puskesmas dan Kabupaten Tahun 2005.....	310
11.13	Jumlah dan Persentase Responden menurut Tindakan yang dilakukan dalam kondisi darurat dan Kabupaten Tahun 2005.....	311
12.1	Peringkat kualitas SDM diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (HDI).....	319

12.2	Beberapa bencana alam yang terjadi di Indonesia (Sejak Tahun 1907).....	322
12.3	Dampak Kekurangan Zat Gizi pada Masa Hamil Hingga Lanjut Usia.....	324
12.4	Tanda Dan Gejala Kurang Energi Protein.....	326
12.5	Prevalensi Anemia Gizi Besi Anak Balita Berdasarkan SKRT 2001.....	328
12.6	Prevalensi Anemia Gizi Besi Tahun 2001 pada Wanita Usia Subur (WUS).....	329
12.7	Prevalensi Kegemukan pada Anak dari Berbagai Penelitian di Indonesia.....	332
12.8	Hasil Kegiatan PMT-P di Kabupaten Bogor Tahun 2007.....	342
12.9	Hasil Penanganan Gizi Buruk Di Klinik Gizi di Kabupaten Bogor Tahun 2007.....	344
13.1	Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin di Indonesia menurut Daerah, 1996-2005.....	355
13.2	Kekhasan Kelembagaan Desa di Masing-masing Lokasi Studi.....	358
13.3	Data yang Digunakan dalam Studi.....	359
13.4	Keadilan dan Kesetaraan Gender pada Beberapa Segi Kehidupan.....	370
13.5	Sistem Sosial Masyarakat Desa Kajian di Lima Provinsi.....	371
13.6	Indeks HDI, GDI dan GEM pada Lima Provinsi.....	375
18.1	Kebijakan Pembangunan Daerah Responsif Gender, 2006	478
18.2	Persentase Efisiensi Pelaksanaan PUG Daerah, 2006.....	492

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
4.1	Jejaring Konsep Dominan Studi Perempuan dan Keluarga.....	97
8.1	Bagan Alir Kajian.....	210
8.2	Pemahaman BMP sebagai Bagian dari Sistem Bekerja ke Luar Negeri.....	224
9.1	Alur Kerja Penelitian.....	237
9.2	Diagram Sistem Pemberdayaan BMP Dalam Rangka Perbaikan Kualitas SDA dan Permukiman di Daerah Asal.....	241
9.3	Bagan Desain Kelembagaan.....	250
12.1	Aspek Kehidupan dalam IPM.....	319
12.2	Permasalahan Gizi di Indonesia.....	320
12.3	Dampak Kekurangan Zat Gizi pada Masa Janin dan Anak Umur 0-3 Tahun.....	323
12.4	Berbagai Penyebab Terjadinya Gizi Buruk.....	325
12.5	Pertumbuhan Anak Indonesia.....	326
12.6	Peta Sebaran Defisiensi Vitamin A Negara-negara di Dunia Tahun 2004.....	327
12.7	Lama Melihat pada Bayi Sehat dan Kurang Fe.....	329
12.8	Umur Mulai Merangkak pada Bayi Sehat dan Kekurangan Fe.....	330
12.9	Hasil bulan penimbangan balita pada tahun 2007.....	334
12.10	Status Gizi Balita Di Kabupaten Bogor Tahun 2007.....	335
12.11	Temuan Baru Kasus Gizi Buruk Tingkat Berat Tahun 2007.....	336
12.12	Prevalensi Anemia dan KEK Ibu Hamil di Kabupaten Bogor.....	336
12.13	Cakupan Program Gizi (SKDiN) Tahun 2007.....	337
12.14	Cakupan Distribusi Fe1 Dan Fe3 Tahun 2007.....	337
12.15	Cakupan Distribusi Fe pada Ibu Nifas tahun 2007.....	338

12.16	Cakupan Vitamin A Tahun 2007.....	339
12.17	Hasil Pemantauan Konsumsi Garam Beriodium Tingkat Masyarakat Pada Bulan Februari 2007.....	339
13.1	Upaya Peningkatan Mutu Kehidupan Masyarakat Desa...	376
18.1	Komitmen Kelembagaan PP dalam PUG 2006.....	477
18.2	Total APBD dan Total Dana Responsif Gender di Daerah	481
18.3	Komitmen Kebijakan Daerah Dalam Implementasi PUG, 2006.....	483
18.4	Forum Pendukung Implementasi PUG, PP dan PA di Lokasi Studi.....	485
18.5	Pelaksanaan Pemampuan PUG di Lokasi Studi, 2006.....	490
18.6	Ketersediaan Data Terpilah Gender di Lokasi Studi, 2006.....	491
18.7	Hasil Skoring <i>Success Story</i>	492
18.8	Efisiensi penyelenggaraan PUG di daerah, 2006.....	493

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		Halaman
1	Jumlah Jam Kerja Rata-rata dalam Sehari untuk Pria dan Wanita dalam Berbagai Pekerjaan di Bidang Pertanian dan Non-pertanian di Kedua Desa Penelitian Daerah Sukabumi dan Sumedang Jawa Barat (1977-1978).....	69
2	Imbalan Kerja oleh Pekerja Wanita dan Pria pada Pekerjaan Buruh Tani, Buruh dan Jasa per Jam (Rp/jam) Selama Setahun (1977-1978) Menurut Lapisan di Daerah Sukabumi dan Sumedang, Jawa Barat.....	70
3	Imbalan Kerja Rumahtangga (Rp/jam) (kg.beras/jam) (% waktu yang digunakan) dari Beragam Kegiatan Mencari Nafkah Pada Berbagai Lapisan,di Desa A (Sukabumi) dan Desa B (Sumedang), Jawa Barat, 1977-1978.....	71
4	Ragam Usaha Mencari Nafkah Menurut Alokasi (%) jam Kerja dan Tingkat Imbalan Kerja (Rp/jam) di Desa A (Sukabumi) dan Desa B (Sumedang) Jawa Barat 1977—1978.....	72
5	Rata-rata Jam Kerja dalam Sehari: Pria dan Wanita dalam Pekerjaan Rumahtangga dan Pekerjaan Nafkah di Lima Provinsi, 1981 – 1982.....	73
6	Pemberdayaan Keluarga Petani melalui Skim UKM.....	173
7	TERJEMAHAN SURAT AL-BAQARAH 282.....	174

- BAB 11 -

KAJIAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI IBU DAN ANAK DI PEDESAAN

Titik Sumarti

PENDAHULUAN

Latar Belakang

KKG telah menjadi isu penting saat ini dan menjadi komitmen bangsa-bangsa di dunia untuk melaksanakannya. Namun demikian, untuk mencapai KKG masih banyak persoalan yang dihadapi terkait masih rendahnya partisipasi perempuan dalam pembangunan dan berbagai diskriminasi terhadap perempuan, yang bersumber dari ketimpangan struktur dan sosiokultural masyarakat. Ketimpangan ini antara lain tercermin dari masih terbatasnya akses sebagian besar perempuan terhadap layanan kesehatan yang lebih baik, pendidikan yang lebih tinggi, dan keterlibatan dalam kegiatan publik yang lebih luas. Oleh karena itu, diperlukan tindakan pemihakan yang jelas dan nyata, guna mengurangi ketimpangan gender di berbagai bidang pembangunan.

Sementara itu, dalam pelaksanaan pembangunan di Indonesia telah diimplementasikan suatu paradigma baru dalam pembangunan yang telah diwujudkan dalam UU Nomor 22 tahun 1999, yaitu tentang pelaksanaan otonomi daerah. Undang-undang ini meletakkan otonomi daerah secara luas pada daerah kabupaten dan kota berdasarkan prinsip-prinsip demokrasi, peranserta masyarakat, pemerataan, dan keadilan serta memperhatikan potensi dan keanekaragaman daerah. Dalam pelaksanaannya, otonomi daerah memiliki implikasi ke depan yang relatif beragam sesuai

kondisi sosial - ekonomi dan budaya di daerah masing-masing, antara lain dalam hal kemampuan keuangan, penyelenggaraan tugas pemerintahan dan pemberian pelayanan kepada masyarakat.

Sampai saat ini pembangunan yang telah dilaksanakan di Indonesia belum sepenuhnya berhasil meningkatkan kualitas hidup manusia maupun kualitas hidup perempuan. Secara keseluruhan indeks kualitas hidup manusia digambarkan melalui HDI dan GDI. Berdasarkan *Human Development Report 2004*, Indonesia menempati ranking ke-111, dibandingkan negara-negara ASEAN lainnya seperti HDI Malaysia, Thailand, Filipina yang menempati urutan 59, 70 dan 77 (UNDP, 2004). Sementara itu untuk ukuran GDI pada tahun 2002 pada peringkat 91 dari 144 negara. GDI inipun masih tertinggal dibandingkan dengan-negara di ASEAN seperti Malaysia, Thailand, Filipina yang masing-masing berada pada peringkat 54, 60, 63.

Data tersebut menunjukkan bahwa perempuan Indonesia memiliki harapan hidup yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki, namun dari sisi pendidikan dan ekonomi masih terpinggirkan. Sementara tekanan penduduk terhadap lingkungan semakin kuat, pengangguran semakin banyak dan kemiskinan meningkat, sehingga dikhawatirkan kualitas hidup perempuan khususnya bidang kesehatan dengan berbagai konsekuensi yang muncul akan semakin menurun. Oleh karena itu, menjadi relevan untuk mengkaji bagaimana implementasi program pelayanan kesehatan ibu dan anak di era otonomi daerah dalam mendukung fungsi reproduktif perempuan.

TUJUAN

Tujuan tulisan ini adalah untuk: (1) Mengidentifikasi program pelayanan kesehatan ibu dan anak dalam mendukung fungsi reproduktif perempuan; (2) Menganalisis ketimpangan gender dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak di Puskesmas.

Tabel 11.1. Kualitas Hidup Manusia dan Kualitas Hidup Perempuan Indonesia Berdasarkan IPM dan IPG Tahun 2004

Uraian	Komponen IPM dan IPG							
	Umur Harapan Hidup (Tahun)		Angka Melek Huruf (%)		Rasio Keterlibatan Sekolah s/d SMA (%)		GDP/kapita (PPP USD)	
IPM	66,6		87,9		65		3,230	
	P	L	P	L	P	L	P	L
IPG	68,6	64,6	83,4	92,5	64	66	2,138	4,161

Sumber : *Human Development Report*, UNDP 2004

TINJAUAN PUSTAKA

Menurut Moser (1993), perempuan dan laki-laki di tingkat rumah tangga memiliki pembagian kerja berdasarkan kegiatan yang dilakukan sehari-hari. Kegiatan yang dimaksudkan di sini mencakup kegiatan produktif, reproduktif dan sosial. Kegiatan produktif adalah kegiatan yang menyumbang pendapatan keluarga dalam bentuk uang atau barang, misalnya: menghasilkan produksi pertanian (bertani/berkebun/beternak), produksi kerajinan tangan, menjual barang (berdagang) dan menjual jasa (buruh, karyawan). Kegiatan reproduktif adalah kegiatan yang menjamin kelangsungan hidup manusia dan keluarga, misalnya melahirkan dan mengasuh anak, menjaga kesehatan, pekerjaan rumah tangga (memasak, mencuci, mengambil air, membetulkan baju). Sedangkan yang dimaksud kegiatan sosial adalah kegiatan di masyarakat, misalnya: berorganisasi dalam kelompok tani, koperasi, PKK, LKMD dan kelompok simpan pinjam.

Selain pembagian kerja, alat analisis gender adalah akses dan kontrol terhadap sumberdaya dan manfaat program pembangunan. Akses (peluang) yang dimaksud di sini adalah kesempatan untuk menggunakan sumberdaya ataupun hasilnya tanpa memiliki wewenang untuk mengambil keputusan terhadap cara penggunaan dan hasil sumberdaya tersebut. Contohnya, seorang buruh yang

menggarap tanah milik orang lain. Sementara itu, kontrol (penguasaan) yang dimaksudkan di sini adalah kewenangan penuh untuk mengambil keputusan atas penggunaan dan hasil sumberdaya. Sebagai contoh, seorang tuan tanah yang memutuskan untuk menyewakan tanahnya.

Berbagai bentuk ketimpangan gender yang muncul dalam kegiatan pembangunan adalah (Fakih, 1999):

1. Marjinalisasi: pemiskinan ekonomi perempuan (kasus revolusi hijau).
2. Subordinasi: kebijakan tanpa menganggap penting perempuan (perempuan akhirnya ke dapur, emosional).
3. *Stereotype* (pelabelan negatif) perempuan: laki-laki pencari nafkah utama, perempuan pencari nafkah tambahan, sehingga dapat di upah rendah.
4. Kekerasan: secara fisik dan halus.
5. Beban kerja lebih panjang: mengelola rumahtangga dan publik, sehingga muncul rasa bersalah jika tak melakukan kegiatan rumahtangga.
6. Sosialisasi ideologi nilai gender, dimana nilai gender sudah tersosialisasi sehingga pelaku percaya bahwa memang sudah merupakan kodrat. Dengan demikian tercipta struktur ketidakadilan gender yang diterima masyarakat dan tidak dirasakan ada sesuatu yang salah. Perempuan dan laki-laki sama-sama menjadi korban dan mengalami dehumanisasi, dimana perempuan mengalami ketidakadilan, sedangkan laki-laki dianggap telah melanggar penindasan.

METODOLOGI

Pelaksanaan kajian dilakukan di tiga kabupaten, yaitu Kabupaten Bandung, Provinsi Jawa Barat, Kabupaten Bantul, Provinsi D.I.Yogyakarta dan Kabupaten Solok, Provinsi Sumatera Barat pada

bulan September 2005. Lokasi tersebut dipilih secara sengaja dengan pertimbangan sebagai berikut: 1) Prioritas berdasarkan indeks kualitas hidup perempuan yang tertinggi di daerah-daerah di Indonesia dan 2) Etnisitas: Jawa, Sunda, Melayu. Adapun alternatif daerah yang dijadikan lokasi riset tersaji pada Tabel 11.2.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode studi komunitas dengan menggabungkan teknik pengumpulan data survei dan wawancara terhadap lembaga pemerintah dan non-pemerintah yang memberikan pelayanan kesehatan dasar di tingkat kabupaten hingga desa. Survei data primer di tingkat rumahtangga dilakukan pada 22 responden di Kabupaten Bandung, 20 responden di Kabupaten Bantul dan 20 responden di Kabupaten Solok. Penentuan responden penelitian adalah mereka yang terdaftar menjadi anggota Puskesmas. Wawancara mendalam dan diskusi kelompok dengan tokoh masyarakat dan informan lainnya (Dinkesos, Puskesmas, LSM kesehatan, Rumah Sakit Swasta, Bappeda Bagian Sosial, Sekda II Bagian Pemberdayaan Perempuan, Klinik Kesehatan Swasta dan Posyandu).

PERBANDINGAN KONDISI KESEHATAN DI TIGA PROVINSI

Keberhasilan pelaksanaan pembangunan di bidang kesehatan ditunjukkan oleh menurunnya AKI, AKB, meningkatnya umur harapan hidup dan status gizi masyarakat. AKI di masing-masing provinsi dalam kurun waktu lima tahun terakhir dari tahun 2000 hingga tahun 2004 memiliki perbedaan yang cukup besar dan AKI tertinggi adalah di Kabupaten Solok.

Berdasarkan data profil kesehatan Kabupaten Bandung tahun 2003, tingginya AKI di Kabupaten Bandung disebabkan oleh masih adanya keluarga yang tidak tahu bahaya kehamilan dan persalinan, keterlambatan mencari pertolongan, masih banyak melakukan persalinan di dukun (paraji) (mencapai 49,96%), serta adanya anggapan bahwa melahirkan di tenaga kesehatan mahal. Di samping itu, penyebab lain adalah masih belum memadainya pelayanan kesehatan.

Masih ada desa yang belum mempunyai bidan desa, belum terdapat Polindes, bidan yang belum dilatih APN, persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah, kurangnya kemampuan petugas dalam deteksi resiko kehamilan, dan kurangnya kemampuan petugas dalam penanganan kegawatdaruratan (*obstetric*).

Tabel 11.2. Alternatif Daerah sebagai Lokasi Kegiatan

Lokasi	HDI	Sosial - Budaya	Daerah Percontohan
Provinsi Sumatera Barat	66	Persawahan, Minang, Islam, Matrilineal	Kabupaten Solok
Provinsi Jawa Barat	65	Perkebunan, Sunda, Islam, Bilineal	Kabupaten Bandung
Provinsi Yogyakarta	69	Lahan Kering, Jawa, Islam, Bilineal	Kabupaten Bantul

AKB atau IMR adalah jumlah kematian bayi dibawah usia satu tahun pada setiap 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi menjadi indikator terhadap ketersediaan, kualitas, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Tabel 11.3. AKI di Kabupaten Bandung (Jawa Barat), Kabupaten Bantul (D.I. Yogyakarta) dan Kabupaten Solok (Sumatera Barat) pada Tahun 2000 - 2004

Kabupaten	Angka Kematian Ibu (AKI) (per 100.000 kh)				
	2000	2001	2002	2003	2004
Bandung	87	60	73	49	52
Bantul	121	139	152	97	74
Solok	*	350	310	305	*

Keterangan: * Data tidak tersedia

Data pada Tabel 11.4 di bawah ini, menunjukkan bahwa Kabupaten Bantul memiliki AKB yang paling rendah jika dibandingkan dengan Kabupaten Bandung dan Kabupaten Solok. Kondisi AKB pada tahun 2003 menunjukkan bahwa terjadi penurunan AKB di Kabupaten Bantul dan Solok yang masing-masing menjadi 9,87 dan 43,9, sedangkan di Kabupaten Bandung AKB mengalami peningkatan menjadi 47,7.

Tabel 11.4. AKB di Kabupaten Bandung (Jawa Barat), Kabupaten Bantul (D.I. Yogyakarta) dan Kabupaten Solok (Sumatera Barat) pada Tahun 2001 - 2003

Kabupaten	Angka Kematian Bayi (AKB)		
	2001	2002	2003
Bandung	42,06	40,74	47,7
Bantul	10,7	13,7	9,87
Solok	48,19	46,43	43,9

Kasus kematian bayi di Kabupaten Bandung disebabkan oleh *pneumonia*, ibu jatuh, *geneli*, *partus* lama, ibu pendarahan, pelengketan usus, *placenta previa*, *anencephalus*, *eklampsi*, kelahiran sungsang, *ikterus*, kelainan jantung, kelainan usus, prematur, *neonatorium*, *hypotemia*, BBLR dan *kongenital*. Namun, dari sekian banyak penyebab kematian bayi, penyebab tertinggi kematian bayi karena BBLR. Tingginya kasus kematian bayi yang disebabkan BBLR menunjukkan bahwa masalah gizi pada ibu hamil masih tinggi yang disebabkan oleh rendahnya kualitas pengetahuan, perilaku dan lingkungan kesehatan masyarakat.

Umur harapan hidup (e_0) di ketiga kabupaten memiliki perbedaan yang cukup besar, dimana di Kabupaten Bandung rata-rata e_0 paling rendah. Hal ini menunjukkan bahwa di Bandung masih tinggi tingkat kelahirannya sehingga jumlah penduduk usia muda proporsinya jauh lebih besar dari yang tua, dan ketika di rata-rata umurnya menjadi rendah. Bandung juga merupakan tujuan migran, dan pada

umumnya kaum migran adalah penduduk usia muda, sehingga akan menambah jumlah penduduk usia muda.

Tabel 11.5. Umur Harapan Hidup (e_0) di Kabupaten Bandung (Jawa Barat), Kabupaten Bantul (D.I. Yogyakarta) dan Kabupaten Solok (Sumatera Barat) pada Tahun 2003–2004

Kabupaten	Umur Harapan Hidup (E_0)	
	2003	2004
Bandung	65,40	65,85
Bantul	71	71
Solok	70,40	70,67

IMPLEMENTASI PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DALAM Mendukung Fungsi Reproduktif Perempuan

Puskesmas Soreang Kabupaten Bandung – Provinsi Jawa Barat

Luas wilayah pelayanan Puskesmas yang berlokasi di Kecamatan Soreang meliputi empat desa mencakup: Desa Soreang, Desa Pamekaran, Desa Panyirapan dan Desa Karamat Mulya. Jenis pelayanan yang diberikan meliputi 18 program. Beberapa program yang telah berjalan pada tahun 2003 diantaranya adalah:

1) Program KIA dan Kesga

Program ini diperuntukkan terutama bagi ibu dan anak, kemudian anggota keluarga (baik remaja maupun lanjut usia) lainnya. Kegiatan bagi ibu dan anak mencakup: pemeriksaan buresti, dan pemeriksaan balita (bayi dan anak-anak usia kurang dari lima tahun). Sementara itu kegiatan bagi kesehatan keluarga mencakup: pemeriksaan lansia, pemeriksaan kesehatan lingkungan, dan pemberian konsultasi kesehatan reproduksi bagi remaja.

- 2) Program lainnya mencakup: perbaikan gizi masyarakat, TB Paru, ISPA, diare, PHN, gigi, Kesling, PKM, laboratorium, Gakin, KEK, PMT, penanganan balita gizi buruk, penanganan ibu hamil, penanganan ibu nifas, KTD, Posyandu dan Posbindu (lansia).

Tabel 11.6. Evaluasi Kegiatan Puskesmas Cakupan Program Puskesmas Soreang Tahun 2003

No	Kegiatan	Target (%)	Cakupan (%)	Kesenjangan
1.	KESGA:			
	K1	90	91.10	
	K4	80	82.90	
	Neonatal Linkes	80 70	91.53 65.48	(-4.52)
2.	Gizi:	90	80	(-10)
	K/S	80	65	(-15)
	D/S	40	40	
	N/S	100	100	
	Vit A (6 bln – 11 th)	100	100	
	Fe 1	90	89	(-1)
	Fe 3	80	84	
3.	P2P:			
	Imunisasi			
	DPT 1	98	98	
	Pol 4	93	93	
	BCG	98	98.3	
	HB	98	98	
	CAM	94	94	
	TT 1	90	94	
	TB Jumlah penderita		41 orang	
	Penderita diobati		41 orang	
Sembuh Pnemoni	274	27 orang 530 orang	DL 188 LK 342	
4.	Kesling:			
	Air bersih	71.4	76	
	Jaga	51.8	54	

Sumber: Data Laporan Puskesmas Soreang Kecamatan Soreang Kab. Bandung 2003.

Sasaran Puskesmas adalah anak-anak, ibu-ibu serta lansia. Puskesmas juga menangani KTD. Hal ini menunjukkan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan, program-program yang dilaksanakan oleh Puskesmas telah mendukung fungsi reproduktif perempuan khususnya dalam mengurus kesehatan diri dan keluarganya. Berdasarkan perencanaan program yang telah ditetapkan oleh Puskesmas Soreang, selanjutnya dapat dilakukan evaluasi keberhasilan pelaksanaan program tersebut. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 11.6.

Berbagai upaya untuk mengurangi angka kematian bayi dan ibu antara lain: (1) Penyuluhan secara rutin melalui media Posyandu di tiap RW; dan (2) Penempatan bidan desa. Persalinan ditangani oleh Nakes. Bagi keluarga yang memiliki kartu sehat akan diberikan bantuan oleh pemerintah. Pada saat melahirkan, ia akan ditolong oleh bidan dan klinik bidan yang telah mengeluarkan biaya diganti oleh pemerintah.

Fakta tersebut menunjukkan bahwa keluarga miskin dan perempuan sudah memiliki akses terhadap pelayanan Puskesmas Soreang. Berdasarkan informasi dari pegawai Puskesmas, rata-rata jumlah pasien yang datang ke Puskesmas 200 orang pasien per hari. Kepada mereka diberikan pelayanan dari pukul 08.00 hingga pukul 13.00 WIB. Selain pelayanan pengobatan terhadap pasien, Puskesmas juga melakukan pelayanan kegiatan Posyandu. Pelaksanaan kegiatan Posyandu dilakukan sebagai berikut: pukul 08.00 - 10.00 untuk Posyandu umum dan selanjutnya pukul 10.00 - 12.00 untuk Posyandu lansia. Keluarga miskin dan perempuan pengguna Puskesmas juga menyatakan bahwa pemerintah telah melakukan upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan, menurut jawaban terbanyak dari responden, berturut-turut adalah: (1) Kartu sehat tetap diberikan kepada golongan miskin; (2) Adanya program posyandu yang diberikan kepada lansia; dan (3) Memberikan fasilitas kesehatan yang baik, biaya obat terjangkau dan mutu obat lebih bagus, serta meningkatkan kualitas alat kontrasepsi. Hal ini juga menunjukkan pandangan mereka (pengguna Puskesmas)

bahwa pelayanan kesehatan di Puskesmas dari sisi sarana dan prasarana pelayanan sudah baik.

PUSKESMAS PIYUNGAN KABUPATEN BANTUL

Puskesmas Piyungan sebagai pusat pelayanan kesehatan dasar di tingkat Kecamatan Piyungan, dipimpin oleh seorang kepala Puskesmas yang juga bertindak sebagai dokter spesialis. Secara struktural organisasi ini membawahi unit pelayanan kesehatan umum, unit kesehatan gigi, unit kebidanan, UGD, unit pelayanan 24 jam dan unit administrasi. Unit-unit ini dilayani oleh sejumlah dokter (dua dokter umum, dua dokter gigi), beberapa bidan dan sejumlah paramedis. Di dalam pelayanan kesehatan masyarakat, pihak Puskesmas melakukan sistem pergiliran tugas bagi dokter spesialis/dokter umum. Tindakan pelayanan kesehatan dibedakan berdasarkan tindakan medis yang cukup memerlukan pelayanan tenaga medis dan bidan (seperti pelayanan umum) dan tindakan medis yang langsung ditangani dokter umum/spesialis (rawat inap dan UGD).

Dari sisi pelayanan, menurut Kepala Puskesmas Piyungan, urusan administrasi cukup menyita waktu, sehingga ia merasa kurang optimal melayani pasien Puskesmas. Tenaga dokter dan bidan/paramedis kadang-kadang dirasakan kurang mencukupi, mengingat pasien cukup banyak. Secara umum pelayanan kesehatan di Puskesmas Piyungan tidak membedakan pasien baik yang mampu atau kurang/tidak mampu, jenis kelamin pasien maupun tenaga medis/dokter yang melayani. "Secara gender, kami telah memperhatikan, bahkan kami memperhatikan selera pasien dan kemampuan pasien". Sementara dari sisi pengguna, sebagian responden di wilayah operasional Puskesmas Piyungan, menyatakan sudah terdapat kemajuan pelayanan di Puskesmas, keramahan sudah mulai muncul dalam pelayanan. Namun demikian, tidak sedikit yang mengungkapkan penilaian mahal biaya (khususnya warga tidak mampu) dan tetap kurang ramah pelayanan dari tenaga medisnya.

Dari sisi pendanaan, sudah terdapat pemikiran yang prospektif dari kepala Puskesmas akan masa depan Puskesmas melalui pensertifikatan ISO. Apabila Puskesmas telah bersertifikat ISO, diharapkan terdapat sejumlah dana yang mengalir ke Puskesmas, sehingga Puskesmas akan mampu mencukupi pendanaan dengan sejumlah pelayanan profesional (komersial) di satu sisi, dan sebagian keuntungan akan dapat dimanfaatkan untuk menunjang dana operasional bagi fungsi utama Puskesmas. Dengan demikian Puskesmas akan tetap mempersyaratkan pembiayaan yang terjangkau bagi konsumen utama masyarakat pedesaan yang terbatas pendanaan kesehatannya. Puskesmas tetap mempertimbangkan kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat, serta visi-misinya sebagai pelayanan dasar kesehatan masyarakat.

PUSKESMAS SELAYO KABUPATEN SOLOK – PROVINSI SUMATERA BARAT

Program Puskesmas Selayo tahun 2005, antara lain: (1) Program pokok, meliputi: KIA, program gizi, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, pengobatan, dan pencegahan dan pemberantasan penyakit; (2) Program inovasi, meliputi program untuk lansia. Sumber dana Puskesmas berasal dari DAU dan PKPSBBM. Target Puskesmas Selayo tahun 2005, antara lain:

1. Kesehatan ibu dan anak. Kunjungan ibu hamil ke tenaga pelayanan kesehatan 100% dan kunjungan yang ke-4 selama kehamilan 95%.
2. Program gizi. Vitamin A untuk bayi 100% untuk balita 90%. Pemberian kapsul minyak beryodium untuk anak SD 100% dan untuk WUS 80%.
3. Promosi kesehatan. Program Posyandu dengan D/S (ditimbang per balita seluruhnya) 80%.
4. Kesehatan lingkungan. Pemeriksaan tempat-tempat umum 80%. Pemeriksaan rumah sehat 25%, dan desa PHBS 80%.

5. Pengobatan. 15% dari jumlah penduduk per tahun.
6. Pencegahan dan pemberantasan penyakit. Imunisasi, kontak pertama 90%, kontak lengkap 80%, program TBC sebanyak 51 kasus, dan program rabies tanpa target.
7. Program inovasi lansia. Posyandu lansia tanpa target.

Dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan bagi golongan miskin dan perempuan, maka Puskesmas membantu memberikan fasilitas kesehatan di tingkat desa. Fasilitas pelayanan kesehatan di desa atau di luar desa yang dapat dijangkau oleh penduduk setempat adalah Polindes, Puskesmas, Puskesmas pembantu, praktek dokter umum dan gigi, praktek mantri, serta praktek bidan.

Masyarakat, khususnya perempuan lebih memilih pelayanan kesehatan umum dengan alasan: (1) Kedekatan tempat tinggal; (2) Biaya lebih murah; dan (3) Keterkenalan tenaga medis yang melayani. Akses pelayanan kesehatan mencakup semua perempuan di empat nagari, yaitu Selayo, Kotobaru, Gantung Ciri, dan Koto Hilalang. Manfaat pelayanan kesehatan untuk perempuan adalah teratasinya masalah-masalah perempuan seperti ibu hamil, KB, melahirkan, imunisasi bayi, dan mendapatkan konsultasi kesehatan. Untuk pelayanan kesehatan di Puskesmas setiap pasien yang tidak tercatat sebagai anggota Askes dan tidak memiliki kartu sehat dikenakan biaya sebesar Rp. 3.500 untuk pemeriksaan dasar dan pemberian obat. Jika ada tindakan khusus seperti pemeriksaan laboratorium, suntik, luka, pemasangan KB dan lain-lain dikenakan biaya tambahan sesuai dengan ketentuan Perda.

Upaya berupa program dan kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi golongan miskin dan perempuan di antaranya adalah (1) Pengobatan gratis bagi penduduk miskin; (2) Posyandu lansia untuk perempuan; (3) Senam lansia untuk perempuan; (4) Pemberian makanan tambahan bagi balita bermasalah; dan (5) Persalinan gratis bagi orang miskin. Sementara di tingkat keluarga, upaya mengurangi angka kematian bayi dan angka kematian ibu di antaranya adalah: (1) Memeriksa kehamilan sedini mungkin; (2) Mengusahakan

persalinan dengan tenaga kesehatan; (3) Mengusahakan pendamping tenaga kesehatan pada kelahiran yang menggunakan tenaga dukun; (4) Senam ibu hamil dan jalan pagi; dan (5) Konsumsi makanan sehat selama hamil dan menyusui.

ANALISIS GENDER DALAM PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

Aksesibilitas Keluarga Miskin dan Perempuan Terhadap Puskesmas

Akses keluarga miskin dan perempuan dalam pelayanan Puskesmas di tingkat komunitas dan rumahtangga dapat dilihat melalui identifikasi terhadap pengguna pelayanan kesehatan tersebut, menurut tingkat kemiskinan, status asuransi kesehatan dan jenis kelaminnya. Data tabel 11.7 menunjukkan bahwa akses keluarga miskin dalam pelayanan Puskesmas di Kabupaten Solok relatif paling kecil dibandingkan di Kabupaten Bantul dan Kabupaten Bandung.

Tabel 11.7. Jumlah dan Persentase Responden Pengguna Puskesmas Menurut Tingkat Kemiskinan dan Kabupaten Tahun 2005

Tingkat Kemiskinan	Kab. Bandung		Kab. Bantul		Kab. Solok	
	n	%	n	%	n	%
Pra KS atau KS1	20	90,9	12	60	2	10
KS2	2	9,1	8	40	9	45
KS3	0	0	0	0	9	45
Total	22	100	20	100	20	100

Berdasarkan status asuransi kesehatan yang dimiliki, menunjukkan bahwa aksesibilitas keluarga miskin dalam pelayanan Puskesmas adalah dengan memanfaatkan kartu sehat JPS, di Kabupaten Bantul sebagian pengguna Puskesmas adalah golongan keluarga relatif lebih berkecukupan sebagai pemegang kartu Askes. Sementara di

kabupaten Solok sebagian besar pengguna Puskesmas adalah pasien tetap (umumnya juga berasal dari golongan keluarga relatif lebih berkecukupan).

Namun jika dilihat berdasarkan jenis kelaminnya, di Kabupaten Bandung perbandingan antara laki-laki dan perempuan sebagai pengguna Puskesmas cenderung seimbang, sementara di Kabupaten Bantul dan Solok cenderung lebih banyak perempuan yang menjadi pengguna Puskesmas. Hal ini terkait dengan masih kuatnya persepsi bahwa masalah kesehatan dalam keluarga adalah masalah perempuan, dan menjadi bagian dari tugasnya sebagai ibu rumah tangga.

Berdasarkan fakta pengguna Puskesmas di tiga kabupaten dapat disimpulkan bahwa relatif golongan keluarga miskin sudah memiliki akses terhadap pelayanan Puskesmas dengan mengandalkan fasilitas kartu sehat JPS sebagai sarana karena dapat memperoleh pelayanan gratis atau murah.

Tabel 11.8. Jumlah dan Persentase Responden Pengguna Puskesmas Menurut Status Asuransi Kesehatan dan Kabupaten tahun 2005

Status Asuransi Kesehatan	Kab. Bandung		Kab. Bantul		Kab. Solok	
	n	%	n	%	n	%
Penerima Kartu Sehat JPS	19	86,4	7	35	1	5
Pemegang Kartu ASKES	2	9,1	10	50	6	30
Sebagai Pasien tetap	1	4,5	3	15	13	65
Total	22	100	20	100	20	100

Di tingkat rumah tangga, perempuan cenderung lebih memiliki akses terhadap pelayanan Puskesmas karena masih adanya *stereotype*

bahwa urusan kesehatan keluarga adalah bagian dari fungsi reproduktif perempuan. Meski demikian, ternyata ada juga pengguna Puskesmas yang bukan berasal dari golongan miskin (bahkan sebagian besar pengguna Puskesmas Kabupaten Solok bukan dari golongan keluarga miskin). Berdasarkan hasil wawancara, terdapat fakta bahwa meskipun secara ekonomis tampak kecenderungan untuk menggunakan Puskesmas sebagai tempat berobat ketika sakit atau anggota keluarganya sakit namun rumah sakit ataupun praktek dokter swasta tetap menjadi pilihan utama.

Tabel 11.9. Jumlah dan Persentase Responden Pengguna Puskesmas Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten tahun 2005

Jenis Kelamin	Kab. Bandung		Kab. Bantul		Kab. Solok	
	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	10	45,5	4	20	4	20
Perempuan	12	54,5	16	80	16	80
Total	22	100	20	100	20	100

KONTROL KELUARGA MISKIN DAN PEREMPUAN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN

Kontrol keluarga miskin dan perempuan terhadap pelayanan kesehatan di tingkat rumah tangga dapat diidentifikasi dari keputusan yang mereka ambil dalam hal menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. Data pada Tabel 11.10 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (perempuan dan laki-laki) dari keluarga miskin memilih menggunakan fasilitas pelayanan Puskesmas. Sebagian lainnya yang merupakan golongan keluarga yang relatif lebih berkecukupan (khususnya di Kabupaten Bantul dan Solok) cenderung memilih menggunakan fasilitas pelayanan dari RS pemerintah, swasta, praktek dokter dan bidan.

Berdasarkan lokasinya, fasilitas pelayanan kesehatan yang mereka gunakan berlokasi di dalam kelurahan/desa. Hal ini menunjukkan bahwa keputusan untuk menggunakan fasilitas kesehatan juga didasarkan oleh pertimbangan biaya yang lebih hemat. Khusus untuk Kabupaten Bantul, relatif cukup banyak responden yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di luar kelurahan/desa, dengan alasan fasilitas kesehatan tersebut lebih lengkap. Hal ini sesuai dengan pendapat Kepala Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul, yang mengatakan bahwa pada dasarnya pasien akan menilai dan memilih secara rasional akan berobat kemana sesuai keinginan dan dana yang dimilikinya. Memang terdapat sejumlah pasien yang ketika kekurangan dana berobat ke Puskesmas, namun bila terdapat dana yang memadai akan berobat ke pengobatan swasta (dokter praktek umum, klinik kesehatan atau rumah sakit).

Tabel 11.10. Jumlah dan Persentase Responden Menurut Fasilitas Kesehatan yang Paling Sering Digunakan dan Kabupaten tahun 2005

Fasilitas Kesehatan yang Paling Sering Digunakan	Kab. Bandung		Kab. Bantul		Kab. Solok	
	n	%	n	%	n	%
RS Pemerintah	1	4,55	3	15	2	10
RS Swasta	0	0	2	10	0	0
Praktek Dokter	0	0	3	15	1	5
Puskesmas	20	90,9	12	60	10	50
Puskesmas Pembantu	0	0	0	0	2	10
Praktek petugas kesehatan (bidan/perawat/mantri)	1	4,55	0	0	5	25
Total	22	100	20	100	20	100

Dengan kata lain, meskipun secara ekonomis tampak kecenderungan bahwa untuk keluarga mampu, Puskesmas menjadi pilihan tempat berobat ketika sakit atau anggota keluarganya sakit,

namun rumah sakit ataupun praktek dokter swasta tetap menjadi pilihan utama. Bagi keluarga kurang mampu, fasilitas kartu sehat menjadi sarana utama kunjungan ke Puskesmas untuk bisa memperoleh pelayanan gratis atau murah.

Tabel 11.11. Jumlah dan Persentase Responden Menurut Lokasi Fasilitas Kesehatan dan Kabupaten Tahun 2005

Lokasi fasilitas Kesehatan	Kab Bandung		Kab Bantul		Kab Solok	
	n	%	n	%	n	%
Di dalam kelurahan/desa	21	95,5	11	55	18	90
Di luar kelurahan/desa	1	4,5	9	45	2	10
Total	22	100	20	100	20	100

Pada kasus Puskesmas Kabupaten Bandung, dalam mendapatkan pelayanan kesehatan seorang perempuan sudah berani datang sendiri dan berani mengemukakan pendapat tentang keluhannya tanpa didampingi oleh para suami mereka. Jika mendapatkan masalah dalam pelayanan, maka mereka sudah berani untuk menyampaikannya kepada petugas yang ada. Selain itu, petugas pelayanan kesehatan di Puskesmas tersebut lebih banyak perempuan, sehingga kebutuhan perempuan terhadap pelayanan kesehatan lebih mudah dipahami oleh mereka. Jumlah seluruh personil yang ada di Puskesmas Soreang Kabupaten Bandung sebanyak 20 orang terdiri dari delapan orang laki-laki dan 16 orang perempuan. Dengan jumlah perempuan yang lebih banyak, maka pengambilan keputusan pun lebih banyak dilakukan oleh perempuan. Dalam hal kerjapun, petugas perempuan dituntut untuk bekerja sesuai dengan keahliannya. Seorang bidan perempuan dituntut untuk dapat bekerja menjangkau seluruh wilayah pelayanan Puskesmas Soreang, walau sebagian medan wilayahnya turun naik gunung.

MANFAAT MENGGUNAKAN PELAYANAN PUSKESMAS BAGI KELUARGA MISKIN DAN PEREMPUAN

Manfaat yang dirasakan oleh keluarga miskin dan perempuan dalam menggunakan pelayanan Puskesmas dilihat dari ada tidaknya program-program pelayanan kesehatan yang telah dimanfaatkan oleh mereka. Dalam setahun terakhir, Puskesmas telah melaksanakan program-program pelayanan kesehatan mencakup: JPS Bidang Kesehatan, JPKM dan Program Pelayanan Kesehatan Massal.

Sebagian besar responden (terutama Kabupaten Bandung) menyatakan bahwa baik dirinya maupun anggota keluarganya memenuhi syarat untuk menerima bantuan program tersebut, terutama karena ditujukan untuk keluarga miskin dan perempuan. Sebagian responden lain (terutama Kabupaten Bantul dan Solok) yang berasal dari golongan lebih berkecukupan menyatakan bahwa mereka tidak memenuhi persyaratan untuk dapat menerima bantuan program.

Selanjutnya, mereka yang layak menerima bantuan program menyatakan bahwa keluarga mereka selama setahun terakhir telah menerima bantuan dari program tersebut, yaitu berupa: kartu sehat JPS, kegiatan PIN, penyuluhan gizi, dan Posyandu bagi lansia, serta merasakan manfaatnya terutama dalam mendapatkan pengobatan bila menderita sakit. Selain itu, manfaat lain yang dirasakan adalah menghemat biaya pengobatan. Golongan miskin dan perempuan dapat tetap mengakses pelayanan kesehatan Puskesmas dengan keterbatasan dana yang dimilikinya. Terdapat satu kasus perempuan pengguna Puskesmas di Kabupaten Bandung, dia memiliki kartu sehat dari program JPS, dan ketika harus melahirkan dengan cara operasi caesar di RS. Cibabat, ternyata dari biaya operasi sebesar Rp. 7.000.000 dia hanya perlu mengeluarkan biaya sebesar Rp. 1.200.000. Responden juga menyatakan bahwa selain pelayanan pengobatan, Puskesmas juga melakukan kegiatan seperti penyuluhan kesehatan, dan memfasilitasi kegiatan Posyandu di setiap dusun, serta pertemuan PLKB.

Sementara dalam hal JPKM dan program pelayanan kesehatan massal masih lebih sedikit dirasakan manfaatnya oleh golongan keluarga miskin dan perempuan pengguna Puskesmas. Hal ini terjadi karena akses informasi yang masih kurang dari para pengguna Puskesmas tersebut. Tabel 11.12 menunjukkan jumlah dan persentase responden penerima bantuan program kesehatan Puskesmas tahun 2005.

HAMBATAN DAN KENDALA KELUARGA MISKIN DAN PEREMPUAN DALAM MEMPEROLEH PELAYANAN KESEHATAN PUSKESMAS

Hambatan yang dialami keluarga miskin dan perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan dari Puskesmas dapat dilihat dari identifikasi seberapa besar keinginan mereka untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari Puskesmas ataupun institusi lain ketika menderita sakit mendadak (kondisi darurat) di rumahnya. Data menunjukkan bahwa ketika responden mengalami kondisi darurat (sakit mendadak) di rumahnya, maka di Kabupaten Bantul sebagian besar mengambil tindakan pergi ke Puskesmas. Sebaliknya, untuk responden Kabupaten Bandung dan Solok baru sebagian kecil yang pergi ke Puskesmas. Kendala sosial - budaya yang dihadapi oleh Puskesmas antara lain masih ada ibu-ibu yang tidak mau menimbangkan anaknya ke Posyandu dengan alasan malu karena anaknya termasuk gizi buruk sehingga berat badannya tidak naik.

Para ibu-ibu tersebut malu karena merasa gagal sebagai ibu. Hal tersebut diatasi dengan terus diberikan penyuluhan-penyuluhan dengan memberi berbagai macam pengertian bahwa Posyandu itu gratis. Kehadiran ibu-ibu dengan balita gizi buruk sangat diharapkan dalam Posyandu karena dapat secara langsung berkonsultasi dengan bidan yang membidangi gizi. Terkadang ditemukan justru yang berat badannya tidak naik berasal dari keluarga kaya secara ekonomi (berkecukupan). Penyebabnya adalah pola asuh yang salah. Kesibukan orang tua yang menyerahkan segala urusan pada

pembantu menyebabkan makanan yang dimakan oleh balita tidak bergizi seperti *chiki*, sementara aktivitas anak tersebut sangat banyak.

Institusi pelayanan kesehatan masyarakat yang sangat aktif adalah Posyandu, sedangkan aktivitas dasawisma sangat tergantung pada kesibukan ibu-ibu RT-nya. Pada kasus dasawisma di Kabupaten Bantul, muncul masalah jika suami yang menjadi bapak RT-nya (karena istrinya seorang wanita karier) sehingga dasawisma menjadi tidak ada kegiatan *mlempem*. Hal ini menunjukkan masih adanya bias gender bahwa urusan kesehatan adalah urusan perempuan sehingga laki-laki merasa malu untuk datang ke dasawisma/Posyandu, sementara ibu-ibu anggota Posyandu juga merasa sungkan jika yang hadir adalah laki-laki.

Selain itu, masih adanya kendala struktural juga menyebabkan keluarga miskin dan perempuan tidak memilih Puskesmas sebagai pemberi layanan kesehatan. Kendala yang pertama adalah masih terbatasnya waktu pelayanan kesehatan bagi golongan miskin dan perempuan. Jika golongan kaya bisa memilih fasilitas kesehatan karena kelengkapan fasilitasnya dan bisa dilayani dalam waktu 24 jam, maka golongan miskin masih dibatasi oleh kemampuan Puskesmas dalam memberikan pelayanan. Puskesmas belum mampu memberikan pelayanan kesehatan selama 24 jam karena keterbatasan tenaga dan dana (Kasus Kabupaten Bandung dan Kabupaten Solok). Dalam hal tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan di Puskesmas, menunjukkan bahwa responden masih lebih banyak mendapatkan pelayanan oleh bidan dan perawat (60%) dibandingkan pelayanan oleh dokter (40%).

Tabel 11.12. Jumlah dan Persentase Responden Menurut Penerima Bantuan Program Pelayanan Pelayanan Kesehatan Puskesmas dan Kabupaten Tahun 2005

Responden Memenuhi Syarat untuk Menerima Bantuan Program	Program Pelayanan Kesehatan														
	JPS Bidang Kesehatan (%)					JKM (%)					Program pelayanan Kesehatan Massal (%)				
	Kab. Bandung	Kab. Bantul	Kab. Solok	Kab. Bandung	Kab. Bantul	Kab. Solok	Kab. Bandung	Kab. Bantul	Kab. Solok	Kab. Bandung	Kab. Bantul	Kab. Solok	Kab. Bandung	Kab. Bantul	Kab. Solok
Ya	22 (100)	15 (75)	10 (50)	22 (100)	12 (60)	11 (55)	21 (95,5)	13 (65)	10 (50)	21 (95,5)	7 (35)	10 (50)	21 (95,5)	13 (65)	10 (50)
Tidak	0 (0)	5 (25)	10 (50)	0 (0)	8 (40)	9 (45)	1 (4,5)	7 (35)	10 (50)	1 (4,5)	7 (35)	10 (50)	1 (4,5)	7 (35)	10 (50)
Total	22 (100)	20 (100)	20 (100)	22 (100)	20 (100)	20 (100)	20 (100)	20 (100)	20 (100)	20 (100)	20 (100)	20 (100)	20 (100)	20 (100)	20 (100)
Rumah tangga/ Anggota Memenuhi Syarat untuk Menerima Program	Program Pelayanan Kesehatan														
	JPS Bidang Kesehatan (%)					JKM (%)					Program pelayanan Kesehatan Massal (%)				
	Kab. Bandung	Kab. Bantul	Kab. Solok	Kab. Bandung	Kab. Bantul	Kab. Solok	Kab. Bandung	Kab. Bantul	Kab. Solok	Kab. Bandung	Kab. Bantul	Kab. Solok	Kab. Bandung	Kab. Bantul	Kab. Solok
Ya	22 (100)	16 (80)	12 (60)	22 (100)	12 (60)	12 (60)	21 (95,5)	13 (65)	14 (70)	21 (95,5)	7 (35)	14 (70)	21 (95,5)	13 (65)	14 (70)
Tidak	0 (0)	4 (20)	8 (40)	0 (0)	8 (40)	8 (40)	1 (4,5)	7 (35)	6 (30)	1 (4,5)	7 (35)	6 (30)	1 (4,5)	7 (35)	6 (30)
Total	22 (100)	20 (100)	20 (100)	22 (100)	20 (100)	20 (100)	22 (100)	20 (100)	20 (100)	22 (100)	20 (100)	20 (100)	22 (100)	20 (100)	20 (100)

Tabel 11.13. Jumlah dan Persentase Responden menurut Tindakan yang dilakukan dalam kondisi darurat dan Kabupaten Tahun 2005

Tindakan dalam Kondisi Darurat	Kab. Bandung		Kab. Bantul		Kab. Solok	
	n	%	n	%	n	%
Pergi ke Puskesmas yang ada di desa ini	1,0	4,5	17,0	85,0	0,0	0,0
Pergi ke Puskesmas/ petugas medis umum lainnya	0,0	0,0	1,0	5,0	0,0	0,0
Ke dokter/bidan/mantri/perawat swasta di desa	2,0	9,1	1,0	5,0	6,0	30,0
Ke dokter/bidan/mantri/perawat swasta di desa lainnya	1,0	4,5	1,0	5,0	0,0	0,0
Tidak melakukan apa-apa	1,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Mencoba mencari penyebab penyakit dan mengobati sendiri	7,0	31,8	0,0	0,0	6,0	30,0
Menggunakan cara pengobatan tradisional	10,0	45,5	0,0	0,0	8,0	40,0
Total	22,0	100,0	20,0	100,0	20,0	100,0

Hal yang berbeda dari pelayanan Puskesmas pada umumnya, pelayanan Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul ternyata telah melaksanakan pola pelayanan 24 jam. Layanan kesehatan 24 jam dan rawat inap di Puskesmas Piyungan, merupakan sarana pilihan responden yang menderita sakit darurat (*emergency*) atau persalinan diluar jam pelayanan regular Puskesmas. Meski demikian, berdasarkan wawancara terungkap bahwa, di lokasi penelitian kecamatan Piyungan

juga ditemukan bahwa: 1) Pasien lebih banyak dilayani oleh tenaga medis/bidan dari pada tenaga dokter; 2) Teknis waktu yang kurang pas/sesuai dengan ritme kerja warga miskin (pagi-siang umumnya warga miskin mencari nafkah); dan 3) Sebagian responden menyatakan kurang puas dengan pelayanan bidan/tenaga medis yang cenderung memberikan obat yang sama untuk keluhan sakit yang berbeda.

Berdasarkan biaya pengobatan ke Puskesmas, ternyata masih ada sebagian responden menyatakan bahwa biaya pengobatan ke Puskesmas tidak murah. Hal ini disebabkan Puskesmas memberikan tarif yang berbeda pada jam-jam pelayanan di luar waktu pelayanan yang telah ditentukan. Pada jam pelayanan 08.00–14.00 maka tarif pelayanan masih Rp. 3.000. Namun, setelah itu relatif beragam, pada jam 21.00 malam misalnya, bisa menjadi Rp. 20.000, dengan alasan sudah di luar jam kerja sebagai pegawai negeri.

Kendala utama pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas adalah pada masalah pendanaan. Pada era otonomi menurut drg.D, keuangan Puskesmas tidak lebih baik dari sisi jumlah maupun kemandirian pengelolaan. Dana operasional dirasakan sangat kurang, mengingat penyeragaman biaya pengobatan (SK Bupati Bantul) sebesar Rp. 3.000 per pasien/berobat, hanya 25% yang dikembalikan kepada Puskesmas sebagai biaya operasional. Terbatasnya pendanaan pada era otonomi daerah tersebut tidak lain karena begitu dominannya pemerintah kabupaten memonopoli pengelolaan dana. Dari sisa dana operasional (75%) menurut informasi dikembalikan dalam bentuk peralatan, prasarana dan obat-obatan. Padahal sebelum otonomi daerah, Puskesmas memperoleh dana dari APBN yang berupa *block grant*, sehingga Puskesmas dapat mengelola dana, mengalokasikan dana sesuai dengan kebutuhan.

Membanding kelembagaan pelayanan kesehatan yang ada di ketiga provinsi menunjukkan bahwa Puskesmas di ketiga daerah dalam menjalankan aktivitasnya masih mengalami kendala kultural maupun struktural. Namun ke depan, dalam otonomi daerah, Puskesmas berharap bisa memiliki

kewenangan lebih besar dan pengelolaannya. Dengan menerapkan pendanaan subsidi silang bagi pengguna Puskesmas, maka pelayanan terhadap golongan miskin dan perempuan bisa lebih baik.

Alternatif institusi pelayanan kesehatan lain adalah lembaga swadaya masyarakat, sebagai contoh LSM Sahara di Kabupaten Bandung, Jawa Barat, dengan kelima pelayanan kesehatan yang di bangun dan di kelola secara partisipatif bisa melayani anggota masyarakat tidak saja dari golongan menengah tetapi juga menjangkau golongan miskin dan perempuan. Potensi lain yang bisa dikembangkan adalah pengelolaan Posyandu dan dasawisma atas inisiatif/bekerjasama dengan kelembagaan lokal yang terbentuk atau hidup kembali setelah otonomi daerah, seperti Lembaga Bundo Kandung di Kabupatek Solok, Sumatera Barat. Bundo Kandung merupakan perhimpunan istri-istri warga kampung yang berada di bawah koordinasi wali nagari.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan indikator AKI, AKB dan UHH selama lima tahun terakhir ini ditemukan bahwa kondisi kesehatan masyarakat di ketiga provinsi terendah berturut- turut adalah Kabupaten Solok (Sumatera Barat), Kabupaten Bandung (Jawa Barat) dan Kabupaten Bantul (D.I. Yogyakarta).

Upaya pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang mendukung fungsi reproduktif perempuan adalah melalui Puskesmas. Dari ketiga kasus pelayanan Puskesmas di Kabupaten Bandung, Kabupaten Bantul dan Kabupaten Solok, menunjukkan bahwa akses keluarga miskin dan perempuan terhadap pelayanan Puskesmas lebih menonjol di Kabupaten Bandung, sementara di Kabupaten Bantul dan terutama di Kabupaten Solok ternyata sebagian pengguna Puskesmas adalah golongan keluarga yang relatif lebih berkecukupan.

Masih rendahnya kondisi kesehatan masyarakat di daerah tersebut secara umum disebabkan masih terjadinya

ketimpangan gender dalam pelayanan publik di bidang kesehatan. Secara empiris bukti-bukti tersebut dapat ditunjukkan:

- a. Keluarga miskin dan perempuan relatif telah memiliki akses pelayanan kesehatan Puskesmas. Namun, terdapat kecenderungan semakin rendahnya akses keluarga miskin dan perempuan terhadap pelayanan Puskesmas, sehingga pada gilirannya kondisi kesehatan masyarakat juga semakin rendah.
- b. Keluarga miskin dan perempuan cenderung memilih pelayanan kesehatan Puskesmas. Keputusan untuk menggunakan fasilitas kesehatan lebih didasarkan oleh pertimbangan biaya yang lebih hemat. Namun, terdapat kecenderungan bahwa semakin rendah pilihan keluarga miskin dan perempuan terhadap Puskesmas, maka semakin rendah kondisi kesehatan masyarakat.
- c. Partisipasi (akses dan kontrol) keluarga miskin dan perempuan terhadap pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) yang masih lemah disebabkan adanya kendala kultural dan struktural dalam pelayanan kesehatan yang dilakukan pemerintah.

Hambatan kultural yang teridentifikasi adalah sebagai berikut:

- a. Perilaku keluarga miskin dan perempuan masih cenderung menggunakan jasa dukun saat persalinan, anggapan tidak penting memeriksa kehamilan, kurangnya konsumsi makanan sehat selama hamil dan menyusui, merasa malu memeriksakan anak yang kurang gizi, masih adanya *stereotype* hanya perempuan yang mengurus kesehatan keluarga (fungsi reproduktif).
- b. Di Kabupaten Solok, sistem kekerabatan matrilineal menempatkan kehadiran anak perempuan sangat penting. Sehingga bagi keluarga yang belum memiliki anak perempuan, maka tingkat kehamilan akan berisiko tinggi pada ibu dan anak.

- c. Keluarga miskin dan perempuan cenderung memilih menggunakan cara pengobatan tradisional dalam kondisi darurat.

Hambatan struktural yang teridentifikasi adalah sebagai berikut:

- a. Belum adanya layanan 24 jam di Puskesmas, dan jam layanan.
- b. Pemberi layanan lebih banyak dilakukan oleh bidan/perawat.
- c. Biaya berobat "tidak murah".
- d. Pelayanan kurang memuaskan dan tidak transparan.

Di tingkat kebijakan ditemukan kendala pelayanan kesehatan sebagai berikut:

- a. Belum banyak peraturan daerah di bidang kesehatan yang dihasilkan.
- b. Alokasi anggaran APBD untuk kesehatan masih relatif kecil.
- c. Masih rendahnya partisipasi perempuan di DPRD.

Alternatif strategi peningkatan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dan perempuan dapat dilakukan melalui:

- a. Pemerintah, melalui pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas): *pertama*, dalam otonomi daerah, Puskesmas menuntut kewenangan pengelolaan dengan menerapkan pendanaan swakelola dengan subsidi silang pengguna Puskesmas. *Kedua*, pelaksanaan program kesehatan yang sinergi dengan program penanggulangan kemiskinan dan *ketiga*, prioritas pada pelayanan daerah terpencil (peningkatan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan dasar).
- b. LSM (klinik swasta) dengan membangun pelayanan kesehatan secara partisipatif. Berkaitan dengan pendanaan, membangun jaringan kerjasama dengan lembaga lain.

- c. Masyarakat dengan mengembangkan inisiatif lokal. Posyandu dan perkumpulan dasawisma dikelola oleh institusi lokal (Bundo Kandung di Solok) dan dibawah koordinasi wali nagari.

REFERENSI

- Barbara Mc.Cann. 1998. *The Building Bridges: A Review of Infrastructure Services Projects Addressing Gender Integration*. Mc.Cann Consulting.
- Berita MENEGPP. 2005. Otonomi Daerah Masih Mengesampingkan Peran Perempuan.
- Fakih, Mansour. 1996. *Analisis Gender dan Transformasi Sosial*. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Kompas 14 Juni 2001. Otonomi Daerah Bisa Merugikan Perempuan.
- Lembaga Penelitian SMERU. 2002. *Dampak Desentralisasi dan Otonomi Daerah Atas Kinerja Pelayanan Publik: Kasus Kota Bandar Lampung*. Provinsi Lampung.
- Moser, Caroline O. N. 1993. *Gender Planning and Development: Theory, Practice and Training*. Routledge: London and New York.
- Republik Indonesia. 2005. *Rencana Kerja Pembangunan Jangka Menengah: Bab 29 Peningkatan Kualitas Kehidupan dan Peran Perempuan Serta Kesejahteraan dan Perlindungan Anak*.
- UNDP. 2004. *Cultural Liberty in Today's Diverse World*. New York: United Nations Development Programme.
- _____. 2003. *Human Development Report 2003*. New York: United Nations Development Programme.
- Ahfad University Women. 2003. *Millenium Development Goals (MDGs, Goal 3: Promote Gender Equality and Empower Women: Mainstreaming Gender Equality dan Women's Empowerment*. UNDP in Collaboration with National Council for Strategic Planning
- Yayasan Jurnal Perempuan. 2004. *Menggalang Perubahan; Pentingnya Perspektif Gender dalam Otonomi Daerah*. Yayasan Jurnal Perempuan dan World Bank: Jakarta.