

## **BAB. I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Secara Nasional, Angka Kematian Ibu (AKI)/*Maternal Mortality Ratio*(MMR) di Indonesia masih tinggi. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 mencatat AKI 359 per seratus ribu kelahiran hidup. Angka ini jauh diatas SDKI Tahun 2007 yang hanya sebesar 228 per seratus ribu kelahiran dan SDKI 2002/2003 yang tercatat sebesar 307 per seratus ribu kelahiran. Kematian ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya dan bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh dan lain-lain (Budi Utomo: 1985).

Informasi tentang Angka Kematian Ibu (AKI)/*Maternal Mortality Ratio* (MMR) bermanfaat dalam upaya pengembangan program peningkatan kesehatan reproduksi, terutama pelayanan kehamilan dan membuat kehamilan yang aman bebas risiko tinggi; program peningkatan jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan, penyiapan sistim rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, penyiapan keluarga dan suami siaga dalam menyongsong kelahiran,

yang semuanya bertujuan untuk mengurangi Angka Kematian Ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi.

Usaha untuk menurunkan AKI telah dicanangkan Pemerintah Indonesia sejak tahun 1987 dengan mengadopsi program *World Health Organization (WHO)* yakni *Safe Motherhood Initiative*. Program ini menitikberatkan pada hak remaja untuk memperoleh layanan reproduksi termasuk layanan konseling yang benar. Dalam catatan *World Health Organization (WHO)*, kurun waktu tahun 1980 – 2000, Indonesia menjadi negara tersukses secara internasional dalam menata kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Pada Tahun 2000, Departemen Kesehatan menerapkan strategi *Making Pregnancy Safer (MPS)*. MPS sendiri merupakan bagian dari program *Safe Motherhood*. Secara umum *MPS* dan *Safe Motherhood* memiliki tujuan yang sama yakni: 1) melindungi hak reproduksi dengan cara mengurangi beban kesakitan, kecatatan dan kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan; 2) upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (Departemen Kesehatan RI, 2001).

Di Kabupaten Mesuji tahun 2011 tercatat tujuh kasus kematian ibu melahirkan, tahun 2012 turun menjadi hanya tiga kasus. Tahun 2013 terdapat 3.981 kasus kelahiran hidup dengan jumlah kematian ibu sebanyak tiga kasus. Tinggi rendahnya jumlah kasus kematian ibu sangat bergantung pada sistem pelaporan. Terdapat dua sistem yang berlaku, yaitu pelaporan aktif dan pasif. Sistem pencatatan aktif mencakup jumlah kasus kematian yang terjadi di fasilitas layanan

kesehatan dan non kesehatan, sedangkan sistem pencatatan pasif hanya mencatat kasus kematian yang terjadi di fasilitas kesehatan seperti Puskesmas (termasuk Puskesmas Pembantu)

Tabel 1. Jumlah kematian Ibu Menurut Kecamatan dan Puskesmas Tahun 2013

No	Kecamatan	Jumlah Puskesmas	Jumlah Lahir Hidup	Jumlah Kematian Ibu
1	Way Serdang	2	840	-
2	Simpang Pematang	1	487	-
3	Panca Jaya	1	393	2
4	Tanjung Raya	1	711	1
5	Mesuji	1	374	-
6	Mesuji Timur	2	629	-
7	Rawajitu Utara	1	547	-
<i>Jumlah</i>		9	3.981	3

(Dinas Kesehatan Kab. Mesuji, 2014)

Berdasarkan tabel diatas maka, Rasio AKI tahun 2013 di Kabupaten Mesuji adalah sebesar 0,75 per 1.000 kelahiran atau 75 per 100.000 kelahiran hidup. Data AKI di Kabupaten Mesuji tersebut merupakan data yang dihitung berdasarkan sistem pencatatan pasif yang sangat mungkin belum mewakili keseluruhan dari populasi kematian yang terjadi.

Kasus kematian ibu melahirkan menjadi bagian dari isu peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMD) Tahun 2012-2017, Pemerintah Kabupaten Mesuji menetapkan beberapa strategi yang ditujukan dalam upaya menekan AKI. Strategi yang ditetapkan adalah: 1) peningkatan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan; dan 2) peningkatan status kesehatan masyarakat. Untuk mengukur keberhasilan strategi penurunan AKI telah ditetapkan indikator-indikator keberhasilan yang harus

dicapai. Indikator-indikator tersebut terdiri dari sebagaimana tercantum dalam tabel berikut.

Tabel 2. Indikator Keberhasilan Strategi Penurunan AKI

No	Strategi	Indikator
1	Peningkatan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rasio Pustu terhadap jumlah penduduk</li> <li>2. Rasio Puskesmas terhadap jumlah penduduk</li> <li>3. Rasio RS terhadap jumlah penduduk</li> </ol>
2	Peningkatan status kesehatan masyarakat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rasio dokter per satuan penduduk;</li> <li>2. Presentase cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin;</li> <li>3. Presentase cakupan pelayanan kesehatan rujukan masyarakat miskin</li> </ol>

(Sumber: RPJMD Kab. Mesuji, 2013)

Dalam RPJM Kabupaten Mesuji tahun 2012-2017, kedua strategi diatas masuk dalam *leading sector* Dinas Kesehatan. Selanjutnya Dinas Kesehatan berkewajiban merealisasikan capaian dari masing-masing indikator dan mencantulkannya dalam Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan. Dalam Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Mesuji setidaknya teridentifikasi sebelas kegiatan yang dapat mendukung penurunan AKI melalui program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak.

Penyusunan program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak merupakan upaya yang dilakukan untuk menurunkan AKI, yang dilakukan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan bagi ibu hamil dari keluarga mampu. Berdasarkan Dokumen RKA-SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Mesuji Tahun Anggaran

2013, pada *output* kegiatan ditetapkan bahwa sasaran kegiatan penyuluhan kesehatan bagi ibu hamil adalah perempuan atau ibu hamil tanpa melibatkan laki-laki atau suami. Penetapan *output* kegiatan ini setidaknya belum memperhatikan dua aspek yakni partisipasi dan kebutuhan laki-laki dan perempuan dalam suatu program/kegiatan. Jika mendasari pada Instruksi Presiden Nomor 9 tahun 2000, mengamanatkan semua level penyelenggaran negara untuk mengintegrasikan Pengarusutamaan Gender pada setiap tahapan proses pembangunan. Pengarusutamaan gender merupakan strategi pembangunan yang dilakukan dengan cara mengintegrasikan pengalaman, aspirasi, kebutuhan dan kepentingan perempuan dan laki-laki ke dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dari seluruh kebijakan, program dan kegiatan di bidang pembangunan.

Selain konsep pengarusutamaan gender, dalam penyusunan program/kegiatan juga terkait erat dengan anggaran responsif gender. Anggaran Responsif Gender merupakan upaya mencapai keadilan gender dengan mempertimbangkan peran dan hubungan gender laki-laki dan perempuan dalam memperoleh akses, manfaat dari program pembangunan, partisipasi dalam proses pengambilan keputusan dan kontrol terhadap sumber daya yang ada. *United Nation Development Fund For Women (UNIFEM)* menetapkan beberapa karakteristik dari anggaran responsif gender, antara lain: bukan merupakan anggaran yang terpisah bagi laki-laki dan perempuan; fokus pada kesetaraan gender dan pengarusutamaan gender dalam semua aspek penganggaran.

Kesetaraan tersebut berupa proses maupun dampak alokasi anggaran dalam program/kebijakan yang bertujuan menurunkan tingkat kesenjangan gender.

Anggaran Responsif Gender bekerja dengan cara menelaah dampak dari belanja suatu kegiatan terhadap perempuan dan laki-laki, dan kemudian menganalisa apakah alokasi anggaran tersebut telah menjawab kebutuhan perempuan serta kebutuhan lelaki secara memadai. Dalam penganggaran, Anggaran Responsif Gender melekat pada struktur program dan kegiatan yang ada dalam RKA-SKPD. Suatu Kegiatan akan menghasilkan *output* kegiatan, yang mendukung dalam pencapaian *outcome* program. Hanya saja muatan/substansi kegiatan dalam struktur RKA-SKPD tersebut dilihat dari sudut pandang/perspektif gender. (Kementerian Keuangan RI, 2011)

Kondisi diatas merupakan bagian dari isu gender bidang kesehatan. Kesenjangan akses, partisipasi, kontrol dan manfaat atas pelayanan kesehatan secara langsung menyebabkan ketidaksetaraan terhadap status kesehatan perempuan dan laki-laki. Isu kesehatan tidak boleh hanya dilihat pada masalah *service delivery* (penyediaan layanan) saja, tetapi juga perlu melihat pada hubungan sosial budaya yang menyebabkan perbedaan status dan peran perempuan dan laki-laki dan relasi antara keduanya di masyarakat.

Guna menekan kesenjangan gender yang mungkin terjadi dalam penyusunan dan pelaksanaan program/kegiatan maka harus dilakukan analisis gender terlebih dahulu. Hal ini dilakukan dalam upaya memahami pembagian peran laki-laki dan perempuan, akses kontrol terhadap sumber-sumber daya pembangunan, partisipasi dalam proses pembangunan, dan manfaat yang mereka nikmati serta pola hubungan antara laki-laki dan perempuan yang timpang. Pengabaian untuk melakukan analisis gender bukan hanya dapat menimbulkan kegagalan mencapai

tujuan program/kegiatan namun dapat menimbulkan kesenjangan gender (*gender gap*).

Analisis gender adalah suatu metode atau alat untuk mendeteksi kesenjangan atau *disparitas gender* melalui penyediaan data gender yaitu data yang terpilah antara laki-laki dan perempuan dalam aspek akses, peran, kontrol dan manfaat. Analisis gender dapat disimpulkan sebagai suatu proses menganalisis data dan informasi secara sistematis tentang laki-laki dan perempuan untuk mengidentifikasi dan mengungkapkan kedudukan, fungsi, peran dan tanggung jawab laki-laki dan perempuan serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Analisis gender merupakan alat dan teknik yang bermanfaat untuk mengetahui apakah terdapat permasalahan gender dengan cara mengetahui *disparitas gender* nya. Melalui analisis gender dapat teridentifikasi kesenjangan gender secara tepat sehingga dapat ditemukan faktor-faktor penyebabnya serta langkah-langkah pemecahan masalahnya. Analisis gender sangat penting khususnya bagi para pengambil keputusan dan perencanaan serta para peneliti akademisi, karena dengan analisis gender diharapkan masalah gender dapat diatasi atau dipersempit sehingga program yang berwawasan gender dapat diwujudkan.

Dalam penelitian ini akan dilakukan analisis gender terhadap program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dengan kegiatan Penyuluhan Kesehatan Bagi Ibu Hamil dari Keluarga Kurang Mampu. Program ini merupakan bagian dari program *Making Pregnancy Safer (MPS)* dan *Safe Motherhood* dalam upaya menekan angka kematian ibu. Analisis dilakukan dengan menggunakan strategi

*Gender Analysis Pathway (GAP)* khususnya yang terkait dengan akses, manfaat, partisipasi dan kontrol guna mewujudkan program/kegiatan yang responsip gender.

Gender Analysis Pathways (GAP) merupakan satu-satunya metodologi analisa yang menggunakan isu gender di dalam mengukur suatu kebijakan. Menurut Syamsiah Achmad, *Gender Analysis Pathway (GAP)* merupakan usaha yang sistematis untuk mencatat tingkat partisipasi laki-laki dan perempuan dalam suatu kegiatan (1992:152). Model GAP atau Alur Kerja Analisis Gender adalah alat analisis gender yang dikembangkan oleh BAPPENAS yang dapat digunakan untuk membantu para perencana dalam melakukan pengarusutamaan gender dalam perencanaan kebijakan, program, proyek dan atau kegiatan pembangunan

## **B. Perumusan Masalah Penelitian**

Berdasarkan uraian diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah hasil analisis *Gender Analysis Pathway (GAP)* pada program *Making Pragnancy Safer (MPS)* Tahun 2013 di Kabupaten Mesuji?

## **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini mempunyai tujuan untuk untuk mengetahui hasil analisis *Gender Analysis Pathway (GAP)* pada program *Making Pragnancy Safer (MPS)* di Kabupaten Mesuji.



#### **D. Manfaat Penelitian**

Peneliti berharap penelitian ini dapat memberikan manfaat, yakni :

1. Dalam tataran teoritis, hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan teori perencanaan dengan menggunakan alur analisis gender melalui penelitian lebih lanjut pada masa yang akan datang
2. Dalam tataran praktis, hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Mesuji khususnya dalam menyusun program/kegiatan dengan menggunakan strategi/pendekatan *gender analysis pathway* khususnya dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu di Kabupaten Mesuji.