



IBU SEHAT, URUSAN KITA SEMUA

PENGALAMAN DAN PEMBELAJARAN DARI KAJIAN
PERENCANAAN KESEHATAN IBU HAMIL/MELAHIRKAN
DI LIMA KABUPATEN/KOTA SULAWESI TENGGARA



IBU SEHAT, URUSAN KITA SEMUA

PENGALAMAN DAN PEMBELAJARAN
DARI KAJIAN PERENCANAAN KESEHATAN
IBU HAMIL/MELAHIRKAN DI LIMA
KABUPATEN/KOTA SULAWESI TENGGARA

ISBN:

Foto :
BASICS

Diterbitkan oleh :
BASICS



Canadian International
Development Agency



IBU SEHAT, URUSAN KITA SEMUA

PENGALAMAN DAN PEMBELAJARAN
DARI KAJIAN PERENCANAAN KESEHATAN
IBU HAMIL/MELAHIRKAN DI LIMA
KABUPATEN/KOTA SULAWESI TENGGARA

Daftar Isi

PENGANTAR [iv](#)

BAGIAN 1 **TATA KELOLA PEMERINTAHAN DAERAH DALAM PENANGANAN KESEHATAN IBU** [2](#)

Kesehatan Ibu – Siapa Yang Bertanggungjawab? [3](#)

Kesehatan Ibu Dalam Kerangka SPM Dan MDGs di Sulawesi Tenggara [6](#)

Kajian Perencanaan: Sebuah Alat Untuk Pengembangan Kapasitas [9](#)

BAGIAN 2 **PELAKSANAAN KAJIAN PERENCANAAN KESEHATAN IBU** [14](#)

Pembelajaran, Kegunaan Dan Catatan Kritis Dari Pendekatan Proses Kajian [34](#)

BAGIAN 3 **KIAT-KIAT PENERAPAN KAJIAN PERENCANAAN SEBAGAI ALAT PENINGKATAN KAPASITAS** [38](#)

Menggalang Supporters [39](#)

Menyusun Rencana [39](#)

Identifikasi Awal atas Permasalahan [40](#)

Pembentukan Tim Kajian [43](#)

Persiapan dan Pengelolaan Tim Kajian [43](#)

Penyusunan Laporan dan Pembuatan Bahan Untuk Media Komunikasi Lain [45](#)

Refleksi atas hasil Pembelajaran [48](#)

LAMPIRAN A

SINTESA TEMUAN KAJIAN PERENCANAAN KESEHATAN IBU DI SULAWESI TENGGARA 49

Kelalaian dan Keterlambatan
Penanganan oleh Tenaga Kesehatan 51

1. Kinerja Bidan 52
2. Aksesibilitas Pada Pelayanan Kesehatan Ibu 55

Budaya Dan Sosioekonomi 58

Ekonomi Keluarga (kemiskinan) 61

DAFTAR TABEL

- TABEL 1. CAPAIAN (%) STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) URUSAN KESEHATAN IBU LIMA KABUPATEN/KOTA DI SULAWESI TENGGARA PADA TAHUN 2010 7
- TABEL 2. CAPAIAN TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM (MDGS) URUSAN KESEHATAN PADA: LIMA KABUPATEN/KOTA DI SULAWESI TENGGARA PADA TAHUN 2009 8
- TABEL 3. ANGKA KEMATIAN BAYI (JUMLAH KASUS PER 1000 KELAHIRAN HIDUP) 19
- TABEL 4. JUMLAH BIDAN YANG BERTUGAS PADA LOKASI KAJIAN BASICS DI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2009 57

DAFTAR GAMBAR

- GAMBAR 1. MODEL KAJIAN PERENCANAAN LINTAS AKTOR UNTUK PENINGKATAN KUALITAS LAYANAN KESEHATAN IBU 16

DAFTAR KOTAK

- KOTAK 1. DATA: MUTUNYA, PENGELOLAANNYA DAN PENGGUNAANNYA DALAM PERENCANAAN 18
- KOTAK 2. MENGOPTIMALKAN PERAN PARA PIHAK DI KABUPATEN/KOTA 24
- KOTAK 3. PERAN PROVINSI DALAM MENDUKUNG PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA 28
- KOTAK 4. DAMPAK PELAKSANAAN KAJIAN PERENCANAAN DI KABUPATEN BUTON UTARA 32
- KOTAK 5. DAMPAK PELAKSANAAN KAJIAN PERENCANAAN DI KABUPATEN BUTON UTARA 44

 DINAS KESEHATAN KAB. KONSEL

PUSAT KESEHATAN
MASYARAKAT



PUSKESMAS

KEC. LAONTI



Pengantar

Publikasi ini berfokus pada upaya peningkatan kapasitas pemerintah daerah bersama organisasi dan anggota masyarakat sipil dalam merencanakan serta menyelenggarakan pelayanan publik yang bermutu, berhasil dan terjangkau oleh segenap unsur masyarakat yang berhak atasnya.

Dokumen ini meriwayatkan sebuah “eksperimen” atau ujicoba yang dilakukan atas prakarsa dan dengan bantuan (finansial dan teknis) dari Proyek BASICS (Better Approaches to Services Provision through Increased Capacities in Sulawesi – 2009-2014) di Propinsi Sulawesi Tenggara. “Eksperimen” dalam hal ini adalah ujicoba penggunaan pendekatan Kajian Perencanaan sebagai media peningkatan kapasitas – yaitu kapasitas sistem pelayanan maupun kapasitas perorangan/SDM. Kebetulan eksperimen ini dilakukan di bidang kesehatan, khususnya kesehatan maternal, dalam rangka membantu pemerintah dan masyarakat mencapai Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) dan menerapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Secara lebih luas Proyek BASICS (berbantuan pemerintah Kanada bekerjasama dengan Kementerian Dalam Negeri) ikut membantu pelaksanaan tatakelola pemerintahan yang baik dan demokratis.

Dengan demikian dokumen ini tidak berfokus terutama pada masalah kesehatan maternal melainkan pada sebuah pendekatan yang ternyata cukup efektif dalam upaya meningkatkan kinerja pemerintah daerah setelah diluncurkan otonomi daerah dan desentralisasi secara signifikan pasca era rezim Soeharto. Pendekatan yang disajikan dalam publikasi ini tidak khusus bermanfaat untuk bidang kesehatan malah dapat diterapkan pada upaya peningkatan pelayanan sosial lainnya termasuk pendidikan, kesejahteraan sosial, pencegahan kekerasan dalam rumah tangga, penyalahgunaan narkotika atau isu sosial manapun yang menjadi tanggungjawab pemerintah bersama masyarakat untuk menanganinya.

Hal terakhir ini perlu ditegaskan: pendekatan yang diceritakan dalam dokumen ini tidak berfokus pada pemerintah saja melainkan pada upaya masyarakat dan pemerintah bekerja bersama-sama --- sesuai tugas, kapasitas dan peran masing-masing --- dengan masyarakat sebagai klien yang memiliki hak-hak untuk ikut menentukan serta menerima pelayanan-pelayanan tertentu dan bukan sebagai obyek/penerima derma/karitas belaka.

Publikasi ini dibagi tiga bagian utama. Bagian I menggambarkan hubungan antara tatakelola pemerintahan daerah dengan SPM dan MDGs serta latarbelakang dan landasan pemikiran menyangkut penggunaan Kajian Perencanaan sebagai salah satu

pendekatan peningkatan kapasitas untuk mencapainya. Bagian II menguraikan proses dan pengalaman pelaksanaan ujicoba Kajian Perencanaan itu serta hasil pembelajaran dari pelaksanaan eksperimen tersebut. Bagian III menyajikan sejumlah “tips and tricks” atau kiat-kiat yang dianggap bermanfaat bagi setiap pihak yang mungkin ingin mengadaptasi dan mengadopsi pendekatan ini. Sebagai referensi bagi yang berminat, sintesa temuan-temuan dari Kajian Perencanaan Kesehatan Ibu Hamil/Melahirkan yang telah diujicoba pada lima kabupaten/kota di Sulawesi Tenggara disajikan dalam sebuah Lampiran. Namun sekali lagi, temuan tim-tim kajian bukanlah fokus utama publikasi ini.

Gagasan mengujicoba penerapan pendekatan Kajian Perencanaan lintas-aktor sebagai salah satu “alat” peningkatan kapasitas diinspirasi oleh sejumlah temuan Tim Proyek BASICS pada tahun 2009, saat pelaksanaan identifikasi kebutuhan/minat akan pengembangan kapasitas pemerintah daerah yang dilakukan pada lima kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Tenggara. Proyek ini bertujuan untuk memperkuat peran eksekutif, legislatif serta organisasi masyarakat sipil (OMS) tingkat kabupaten/kota dalam hal penyediaan layanan publik/sosial dengan menggunakan sistim perencanaan dan penganggaran pemerintah sebagai “pintu masuk”.

Sejak awal Proyek BASICS, dari 12 kabupaten/kota di Propinsi Sulawesi Tenggara dipilih lima kabupaten/kota, yaitu Kota Bau-Bau, Kabupaten Konawe Selatan, Kabupaten Kolaka Utara, Kabupaten Wakatobi dan Kabupaten Buton Utara, sebagai lokasi kegiatan Proyek. Banyak faktor yang menentukan penentuan kabupaten/kota itu, antara lain keragaman (wilayah kepulauan dan daratan), jarak (daerah terpencil dan daerah dengan akses mudah), tingkat tantangan dalam mencapai MDGs dan SPM (daerah yang relatif “parah” maupun yang sudah mulai berhasil), dan yang paling penting minat dan kesungguhan untuk melakukan perubahan. Tim konsultan BASICS menemukan bahwa walaupun banyak kemajuan telah tercapai dalam penanganan pelayanan sosial pada kelima kabupaten/kota itu (yang sebagian besar merupakan hasil pemekaran yang belum lama terjadi), namun beberapa indikator berkaitan dengan pencapaian target MDGs dan/atau SPM masih belum menggembirakan.

Pada beberapa kunjungan awal yang dilakukan Tim BASICS bersama dengan rekan dari pemerintah propinsi untuk mengidentifikasi minat dan kebutuhan di bidang kesehatan [catatan: bukan di Dinas Kesehatan saja] pada kelima kabupaten/kota, diadakan berbagai diskusi yang bertujuan untuk menghimpun serta memahami implikasi data sekunder yang ada, memperoleh gambaran mengenai faktor-faktor penyebab rendahnya pencapaian beberapa SPM dan MDGs, mengungkapkan tantangan yang terdapat pada tataran lembaga dan sistim perencanaan dan pelaksanaan pembangunan dan sebagainya. Pada berbagai diskusi itu telah terkuak cukup banyak “temuan” yang menarik – juga yang menyedihkan atau malah mengagetkan.

Berdasarkan temuan-temuan yang disinggung di atas, Proyek BASICS merasa tertantang, sesuai mandatnya, untuk membantu “menggarap” tantangan dan masalah itu --- bukan terutama untuk langsung menaikkan pencapaian target SPM dan MDGs di lima kabupaten/kota melainkan untuk membantu pemerintah dan masyarakat - pada berbagai tingkat - untuk menciptakan pendekatan perencanaan dan penyediaan layanan

kesehatan yang lebih tangguh dan lebih efektif. Bukan untuk “membereskan” segala masalah sekaligus - bukan untuk menciptakan “obat mujarab” yang serba bisa atau melakukan “crash program” - tetapi lebih untuk mencari bersama suatu “terobosan” yang dapat menyumbang secara signifikan pada pengembangan kapasitas pemerintah dan masyarakat kabupaten/kota untuk mencapai derajat kesehatan (dalam hal ini kesehatan ibu hamil/melahirkan). Suatu pendekatan atau lebih tepat suatu alat yang dapat dimodifikasi serta dimanfaatkan oleh daerah-daerah lain yang menghadapi tantangan yang sama. Ibarat klise yang sudah basi, kail dan bukan ikan.

Adapun alat yang ditawarkan - dan kemudian diujicoba - adalah Kajian Perencanaan lintas aktor.

Dokumen ini disusun oleh Dr. Tim Babcock, penasehat bidang peningkatan kapasitas pemerintah daerah, bersama dengan Bp. Ir. Ferry Yuniver MSi, saat itu koordinator Proyek BASICS untuk propinsi Sulawesi Tenggara, dengan masukan tertulis dari Dr. Sartiah Yusran, ahli pendidikan kesehatan reproduksi dan gender serta Bp. Ir. La Fariki MSi dari Biro Organisasi dan Tata Laksana Sekretariat Daerah Propinsi Sulawesi Tenggara. Bahan dasar bersumber dari laporan serta serangkaian diskusi “reflektif” dengan seluruh anggota kelima tim kajian yang menjadi “kelinci percobaan” dalam eksperimen yang cukup berhasil ini. Patut juga disoroti dan diberi penghargaan pada peran anggota “tim asistensi” dari Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara dan juga pada dukungan penuh dari Kepala dan Sekretaris Dinas Kesehatan Propinsi beserta seluruh rekan di jajaran pemerintah kabupaten/kota peserta Proyek BASICS.



1

TATA KELOLA
PEMERINTAHAN
DAERAH
**DALAM
PENANGANAN
KESEHATAN IBU**

KESEHATAN IBU – SIAPA YANG BERTANGGUNGJAWAB?

“ Sulawesi Tenggara adalah salah satu miniatur kawasan kepulauan di Indonesia, berbukit dan berpulau-pulau. Kondisi ini tentu juga terkait dengan tantangan warganya dalam mengakses pelayanan kesehatan. Bukan saja bentang laut dan kontur tanah berbukit yang menantang, ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten, sarana kesehatan yang memadai, tingkat pendidikan masyarakat serta kondisi sosial dan ekonomi masyarakat, semuanya merupakan hal yang juga berkontribusi besar bagi pelayanan kesehatan. Termasuk derajat kesehatan ibu dan tingkat kematian Ibu melahirkan. Sebagai contoh, seorang ibu hamil dari desa di Kecamatan Laonti Kabupaten Konawe Selatan yang jarang berkonsultasi selama persalinan akibat tidak ada bidan siaga di desanya, pada akhirnya harus dirujuk ke RSUD (Rumah Sakit Umum Daerah). Setelah selesai proses pengambilan keputusan oleh keluarga, untuk menuju RSUD tersebut ibu hamil membutuhkan waktu 9 jam dengan menggunakan moda transportasi kapal kecil dan tradisional. Itupun dengan syarat menempuh jalan tanpa pengerasan ke lokasi tempat kapal sandar, menanti air laut pasang agar kapal dapat beroperasi, memastikan tersedia cukup solar untuk dapat mendukung bahan bakar perahu yang disewanya, serta cukup dana untuk membiayai pengeluaran selama perjalanan, selama persalinan serta selama nifas. Begitu besar energi, waktu, biaya dan perjuangan yang harus ditempuh seorang ibu hamil dan keluarganya . ”

Deskripsi diatas menggambarkan bahwa tantangan yang dihadapi oleh seorang ibu hamil untuk proses persalinan bayi di daerah Sulawesi Tenggara dengan topografinya yang menantang tidak hanya urusan dari keluarga si ibu hamil, namun sangat terkait dengan pihak yang bertanggung jawab menyediakan sarana dan prasarana kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, kompetensi tenaga kesehatan yang ada, akses transportasi dan moda transportasi yang dapat digunakan, pengetahuannya dan informasi yang diperoleh, serta kondisi sosial ekonomi masyarakat yang mendukungnya. Karenanya, pemerintah selaku penyelenggara utama layanan kesehatan, wajib menyediakan hal-hal sebagaimana tersebut.

Jika mencermati pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam penanganan kesehatan ibu sebagaimana tersebut diatas, sedikitnya beberapa instansi pemerintah kabupaten dan kota turut andil bertanggung jawab, diantaranya BAPPEDA (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah), Dinas Kesehatan, Dinas Pekerjaan Umum (DPU), Badan Kepegawaian Daerah (BKD), Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB), Badan Pemberdayaan Masyarakat Desa (BPMD), Dinas Perhubungan dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD). Pada level nasional, instansi Kementerian Kesehatan (Kemkes), Kementerian Dalam Negeri, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) juga turut bertanggung jawab atas persoalan tersebut. Demikian pula pada level pemerintahan kecamatan dan pemerintahan desa/kelurahan. Pihak lain yang tidak kalah penting dan strategis terlibat dalam penanganan persoalan kesehatan ibu adalah masyarakat, begitu pula organisasi masyarakat/ lembaga swadaya masyarakat yang berfokus pada urusan kesehatan serta penyedia layanan swasta, misalnya bidan yang berpraktek swasta, bila ada.

Persoalan menyangkut akses masyarakat untuk menuju unit pelayanan merupakan persoalan menyangkut ketersediaan sarana dan prasarana transportasi yang menjadi domain Dinas Pekerjaan Umum, Dinas Perhubungan, BAPPEDA, BAPPENAS dan Kementerian Dalam Negeri. Persoalan menyangkut ketersediaan tenaga kesehatan, kualifikasi tenaga kesehatan, ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan merupakan domain Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan serta RSUD. Tak kalah pentingnya adalah urusan air bersih dan sanitasi (baik di kawasan pemukiman maupun di instalasi kesehatan seperti Puskesmas). Berbagai instansi pemerintah, termasuk DPU, Dinas Kesehatan dan Bapedal (Badan Pengelolaan Dampak Lingkungan), serta sejumlah LSM memainkan peran kunci dalam urusan vital ini. Sementara persoalan terkait dengan proses pengambilan keputusan dan langkah taktis yang harus ditempuh bagi ibu hamil, sangat terkait dengan peran warga sekitar, pemerintah desa/kelurahan serta pemerintah kecamatan.

Hal ini menunjukkan sekali lagi bahwa persoalan ibu hamil merupakan urusan banyak pihak dan saling terkait. Peran para pihak sebagaimana tersebut diatas sangat berpengaruh pada tiga hal penyebab kematian ibu hamil: 1) terlambat mengenal tanda-tanda bahaya, 2) terlambat dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan 3) terlambat ditangani di tempat pelayanan kesehatan.

Dengan demikian, persoalan kesehatan ibu bukan saja menjadi persoalan perhatian keluarga ibu hamil saja, namun lebih luas sangat terkait dengan peran warga termasuk organisasi sosial dan tanggung jawab instansi-instansi pemerintah dan juga DPRD. Pertanyaannya kemudian adalah bagaimana cara 'negara' memandang dan menangani tantangan ini bagi kesehatan ibu?

Urusan kesehatan atau secara khusus kesehatan Ibu hamil merupakan salah satu urusan wajib bagi pemerintah daerah. Sebagai urusan yang dikelola oleh kabupaten/kota dan provinsi maka pemerintah nasional telah menetapkan target dan standar peningkatan pelayanan kesehatan. Hal itu tercermin dalam Permenkes No 741/MENKES/PER/VII/2008 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan di Kabupaten/Kota. Dengan kata lain, pencapaian atas target pembangunan kesehatan sangat tergantung kepada perencanaan, penganggaran dan penentuan target oleh pemerintah daerah. Sebagaimana disebut dalam Permenkes tersebut, pemerintah pusat melalui pemerintah provinsi akan lebih banyak berperan dalam memonitor, mengevaluasi dan mendukung pengembangan kapasitas bagi kabupaten/kota dalam mencapai target yang telah ditetapkan.

Otonomi daerah merupakan kesempatan bagi daerah untuk mendorong peningkatan pelayanan kepada masyarakat, termasuk pelayanan bagi kesehatan ibu hamil. Momentum otonomi daerah mulai menggema pasca reformasi tahun 1998, ditandai oleh terbitnya Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan kemudian diubah menjadi UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Untuk masa lima tahun antara kedua undang-undang tersebut itu saja sangat terlihat bahwa perubahan sistem pemerintahan masih dalam fase transisi. Pada masa tersebut, salah satu tema yang menguak dalam tata pemerintahan adalah sama, yaitu peran provinsi dalam mendorong keselarasan rencana pembangunan daerah dengan rencana pembangunan nasional. Kebijakan sering mengalami distorsi, karena hubungan pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten ditafsirkan tidak hierarkis. Situasi ini banyak membawa dampak negatif pada mutu pelayanan pemerintah, termasuk pelayanan kesehatan, di tingkat lokal.

Menyikapi hal tersebut, pemerintah pusat belum lama ini telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 19 Tahun 2010 tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas dan Wewenang serta Kedudukan Gubernur sebagai Wakil Pemerintah Pusat di Wilayah Provinsi untuk memperjelas kedudukan Gubernur di daerah provinsi, yaitu sebagai pembina. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2010 tersebut merupakan pintu masuk bagi pemerintah provinsi untuk mendukung kebutuhan pemerintah kabupaten dan kota terhadap penanganan kesehatan ibu. Dokumen ini menunjukkan betapa pentingnya sinergi antara berbagai instansi pemerintah nasional terutama antara instansi tingkat pemerintah provinsi dan tingkat kabupaten/kota dalam mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat khususnya di daerah yang jauh dari lokasi fasilitas serba "moderen" dan lengkap seperti lazim ditemukan di kota-kota besar.

KESEHATAN IBU DALAM KERANGKA SPM DAN MDGS DI SULAWESI TENGGARA

Selain penyediaan fasilitas, peralatan, tenaga, biaya, pendidikan masyarakat serta obat-obatan, alat utama pemerintah dalam urusan pelayanan manapun adalah kebijakan atau policy serta peraturan dan petunjuk pelaksanaannya. Dalam urusan kesehatan, dua kebijakan atau kerangka utama adalah penetapan dan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan serta pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals).

Standard Pelayanan Minimal (SPM) pada hakekatnya adalah sebuah instrumen untuk mengidentifikasi, menspesifikasi serta memantau pencapaian target-target pelayanan publik di bidang tertentu.

Sebagai contoh tantangan yang dihadapi pemerintah dan masyarakat di daerah kepulauan / daerah terpencil yang relatif kurang maju ekonominya seperti Sulawesi Tenggara, Tabel 1 memberi gambaran mengenai pencapaian target-target indikator SPM kesehatan ibu di lima kabupaten/kota terpilih (lihat tabel 1).

Dari 18 indikator yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan, lima indikator diantaranya merupakan bagian dari urusan kesehatan ibu, yaitu:

- 1 Cakupan kunjungan ibu hamil untuk diperiksa petugas kesehatan sebanyak empat kali (K4) selama masa hamil
- 2 Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terdidik/terlatih.
- 3 Cakupan penanganan komplikasi kebidanan
- 4 Cakupan pelayanan nifas
- 5 Cakupan KB Aktif

TABEL 1. CAPAIAN (%) STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) URUSAN KESEHATAN IBU LIMA KABUPATEN/KOTA DI SULAWESI TENGGARA PADA TAHUN 2010

Indikator	Baubau		Konawe Selatan		Kolaka Utara		Wakatobi		Buton Utara		Target
	Capaian 2010	Target 2010	Capaian 2010	Target 2010	Capaian 2010	Target 2010	Capaian 2010	Target 2010	Capaian 2010	Target 2010	Nasional 2015/2010
Cakupan kunjungan ibu hamil (K4)	77	76	81	71	75	81	84	92	84	78	95 (target 2015)
Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan	75	92	81	83	80	99	83	93	84	89	90 (target2015)
Cakupan komplikasi kebidanan	20	31	40	37	30	9	52	43	50	29	80 (target2015)
Cakupan pelayanan ibu nifas	80	91	81	98	72	89	84	89	84	92	90 (target2015)
Cakupan KB Aktif	65	46	60	29	41	68	61	43	59	12	70 (target2010)

capaian masih secara signifikan di bawah target kabupaten/kota

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara (angka dibulatkan)

Sebagaimana akan diuraikan di bawah, cukup banyak terdapat masalah dengan data seperti terdapat pada Tabel 1, termasuk keakuratannya serta banyaknya jumlah kasus tidak terekam. Namun secara umum Tabel 1 mengindikasikan bahwa dari lima indikator SPM kesehatan terkait dengan kesehatan ibu, belum ada kabupaten/kota yang telah mencapai target nasional. Pencapaian yang bisa diraih baru sebatas target tahunan yang ditetapkan kabupaten/kota dimana target itu pun masih jauh dari target capaian yang ditetapkan secara nasional. Walaupun beberapa kabupaten/kota telah mencapai atau melampaui target tahunan lokal, namun lebih banyak pencapaian masih jauh di bawah target itu. Selain itu, yang amat menonjol pada Tabel 1 itu adalah sangat variatifnya pencapaian antara satu kabupaten/kota dengan yang lain – berarti ada masalah ketidakmerataan (sekali-gus ketidakadilan) dalam pelayanan antar daerah.

Pada kerangka lebih luas, persoalan kesehatan ibu menjadi kepedulian dan komitmen masyarakat internasional dengan disepakatinya sejumlah tujuan (goals) yang perlu dicapai dalam bidang kesehatan, pendidikan, pengelolaan lingkungan hidup dan pengentasan kemiskinan paling lambat pada tahun 2015. Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium tersebut telah menjadi kebijakan penting pemerintah Indonesia dan didukung dengan program akselerasi pencapaiannya. Bila Standar Pelayanan Minimal berkaitan dengan tingkat (cakupan) pelayanan, Tujuan Pembangunan Milenium, atau lebih sering disebut MDGs, menggambarkan hasil atau dampak dari pelayanan, dalam hal ini pada derajat atau kondisi kesehatan. Dengan semakin dicapainya pelaksanaan SPM, maka semakin baik pencapaian MDGs dan dengan sendirinya semakin baik derajat kesehatan.

Menurut tujuan kelima dari MDGs, disebutkan bahwa meningkatkan kesehatan ibu mempunyai target menurunkan sebesar 75% angka kematian ibu dalam kurun waktu 1990-2015. Beberapa indikator yang tercermin didalamnya ada tiga¹, yaitu

1. Angka Kematian Ibu (AKI) melahirkan per 100 000 kelahiran hidup
2. Proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan (%)
3. Proporsi wanita 15-49 tahun berstatus kawin yang sedang menggunakan atau memakai alat keluarga berencana (%)

Sekali lagi, sebagai gambaran tantangan yang sedang dihadapi sebuah propinsi seperti Sulawesi Tenggara dalam meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil/melahirkan, Tabel 2 di bawah ini menyajikan data mengenai pencapaian atas indikator kesehatan ibu dalam kerangka indikator MDGs untuk lima kabupaten/kota terpilih:

TABEL 2. CAPAIAN TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM (MDGS) URUSAN KESEHATAN PADA: LIMA KABUPATEN/KOTA DI SULAWESI TENGGARA PADA TAHUN 2009

Indikator MDGs	Baubau	Konawe Selatan	Kolaka Utara	Wakatobi	Buton Utara	Target Nasional 2015
Angka Kematian Ibu (AKI) melahirkan per 100 000 kelahiran hidup	171	42	125	177	177	110
Proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan (%)	86	66	70	85	66	90
Proporsi wanita subur yang aktif KB (%)	62	68	67	79,5	12,3	100

Sumber: Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara, Tahun 2009 (% dibulatkan)

Dari Tabel 2 di atas, dengan segala keterbatasan kualitas datanya², paling tidak dilihat bahwa walaupun pencapaian indikator di beberapa daerah tidak parah sekali, namun hampir tidak ada kabupaten/kota yang telah mencapai semua indikator MDGs yang relevan. Adapun untuk kasus Konawe Selatan yang angka kematian ibu jauh lebih baik daripada target nasional, kemungkinan besarnya angka itu begitu rendah karena ada ibu-ibu yang memilih untuk melahirkan di ibukota propinsi (Kendari) karena cukup dekat dan lebih baik fasilitas kesehatannya. Tabel 2 ini juga sekali lagi menunjukkan besarnya variasi antara kabupaten/kota di satu propinsi.

¹ Ada tujuan dan indikator MDGs yang lain, seperti cakupan layanan air bersih dan sanitasi, yang sangat erat kaitannya dengan tingkat kesehatan ibu hamil/melahirkan, namun tidak dibahas pada kasus yang diuraikan di sini.

² Perhatikan bahwa kedua tabel ini tidak menunjukkan trend – apakah situasi sedang membaik atau sebaliknya selama beberapa tahun. Kedua tabel ini hanya sekedar ilustrasi keadaan sesaat saja.

KAJIAN PERENCANAAN: SEBUAH ALAT UNTUK PENGEMBANGAN KAPASITAS

Untuk mengatasi, atau paling tidak mengurangi, masalah kesehatan maternal yang disinggung diatas, jelaslah bahwa kemampuan atau kapasitas pemerintah dan masyarakat perlu dikembangkan dan ditingkatkan. Menemukanli lebih mendalam persoalan kesehatan ibu sebelum menyusun perencanaan dan penganggaran bagi peningkatan pelayanan kesehatan merupakan salah satu langkah kunci dalam pengembangan kapasitas pemerintah dan masyarakat. Pengembangan kapasitas dalam hal ini dapat berupa kapasitas individu atau perorangan, kelembagaan dan sistem (termasuk kebijakan dan pendanaan). Fasilitasi pengembangan kapasitas sebagaimana dimaksud dapat berupa pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan, dan/atau bantuan lainnya meliputi perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM kesehatan serta MDGs, termasuk kesenjangan pembiayaan. Berbagai macam keterampilan dapat ditumbuhkembangkan dalam proses peningkatan kapasitas ini, misalnya “seni” berkomunikasi dengan masyarakat untuk bersama-sama menghimpun informasi, atau “seni” berkomunikasi dengan pejabat atau anggota DPRD dalam memperjuangkan perubahan kebijakan atau peruntukan anggaran yang memadai.

Pada tahap “pengenalan medan” di awal pelaksanaan Proyek BASICS, serangkaian pertemuan dengan berbagai pihak – baik di pemerintahan maupun di masyarakat sipil --- telah terkuak sejumlah faktor yang kemungkinan besar mendasari masih kurangnya kapasitas untuk peningkatakan derajat kesehatan maternal. Secara singkat, “temuan-temuan” utama (lebih tepat: konfirmasi atas dugaan-dugaan) adalah sebagai berikut:

- buruknya data kuantitatif, langkanya data kualitatif serta rendahnya kemampuan untuk menarik kesimpulan yang valid dari data yang ada serta memanfaatkannya dalam memperbaiki sistim dan hasil pelayanan
- kurangnya investigasi langsung ke masyarakat mengenai dimensi serta faktor-faktor penyebab berbagai masalah kesehatan setempat
- kurangnya kerjasama (“keterpaduan” atau yang dewasa ini sering disebut “sinergi”) yang wajar antar semua pihak yang berkepentingan, termasuk organisasi masyarakat (dengan asumsi klasik – dan keliru -- bahwa masalah kesehatan adalah “daerah milik” Dinas Kesehatan), baik menyangkut investigasi masalah, perencanaan bersama, atau kolaborasi dalam pelaksanaan kegiatan

- tidak adanya pendekatan/praktek menyeluruh atau komprehensif terhadap pengembangan kapasitas lembaga, staf maupun sistim (perencanaan, pendanaan, monitoring dsb); pengembangan kapasitas, bila ada, dilakukan secara parsial, sporadis, mono-sektoral dan lebih banyak difokuskan kepada perorangan (staf) dalam bentuk pelatihan klasik (dalam kelas)
- lemahnya (kalau tidak dikatakan tidak ada) peran dari instansi-instansi tingkat propinsi (tempat kumpulnya orang-orang senior dengan rata-rata lebih banyak pengalaman serta lebih tinggi pendidikannya) dalam membantu mengembangkan kapasitas di kabupaten/kota secara kolegal (bukan sekedar monitoring atau pengumpulan data dan laporan); namun demikian, minat dan kapasitas sejumlah pegawai/pejabat tingkat propinsi untuk membantu jelas-jelas ada
- sangat kurangnya pemahaman dan pengalaman mengenai analisis gender dalam melihat masalah kesehatan di masyarakat; semua orang yang ditemui tim BASICS merasa dirinya “sensitif gender” tetapi hampir semuanya (salah) mengartikan “gender” sebagai urusan/masalah perempuan belaka. Begitu pula, hampir tidak pernah disinggung social inclusion yaitu strategi khusus untuk menyediakan pelayanan bagi berbagai ragam kelompok masyarakat marjinal termasuk yang paling miskin, yang difabel (penyandang cacat) dan sebagainya.

Tak ada satupun masalah tersebut yang berupa masalah baru. Kesemuanya merupakan masalah atau tantangan yang sudah menjadi “penyakit kronis” paling tidak sejak tahun 1970an. Faktor-faktor penyebab masalah itu pula sudah banyak diketahui – antara lain, faktor struktural, sistim penggajian, sikap “ego-sektoral”, kurangnya orientasi terhadap klien (pendekatan “top down”) dan banyak lagi. Sudah banyak pula dilakukan berbagai macam pendekatan untuk mengatasi tantangan itu. Ada yang cukup berhasil kemudian oleh karena satu faktor atau yang lain, ditinggalkan atau masih dilakukan tetapi tidak secara penuh, lengkap atau konsisten. Sejarah ternyata sering berulang.

Sebagai salah satu pendekatan “segar” yang dapat dilakukan pelaku-pelaku di tingkat kabupaten/kota bersama-sama dengan masyarakat, rekan-rekan Proyek BASICS bersepakat untuk mengujicoba penerapan sebuah alat yang diberi nama kajian perencanaan³ lintas aktor. Pada dasarnya, kajian perencanaan merupakan pendekatan partisipatif-eksploratif dengan penekanan pada proses learning by doing. Kajian menjadi ruang kreatif yang diisi dengan upaya peningkatan kapasitas berbagai pelaku di tingkat kabupaten/kota maupun provinsi. Pada tingkat kabupaten/kota proses kajian mencoba menekankan upaya merancang perencanaan pembangunan kesehatan berbasis data, sedangkan pada tingkat provinsi ditekankan pada peran pemerintah provinsi sebagai penyedia bantuan teknis, supervisor dan monitor atas kabupaten/kota dalam upaya pencapaian SPM dan MDGs. Adapun hasil dari penerapan proses kajian

³ Perhatikan: bukan penelitian, bukan studi dan bukan survei, walaupun unsur penelitian, studi dan survei bisa ditemukan dalam kajian perencanaan.

bermuara pada penyiapan berbagai upaya untuk mendorong pencapaian SPM dan MDGs, dalam kasus ini khususnya terkait kesehatan ibu.

Sesuai dengan tantangan dan “temuan” yang disebut di atas, maka tujuan pelaksanaan kajian perencanaan kesehatan ibu hamil/melahirkan adalah sebagai berikut:

- **Mendorong pihak pemerintah bekerja bersama dengan organisasi masyarakat sipil dalam menjawab persoalan kesehatan Ibu**

Seorang staf pemerintah (diharapkan) akan bekerja sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang melekat pada dirinya. Demikian juga seorang anggota organisasi masyarakat akan bekerja sesuai dengan latar belakang, karakter dan posisi organisasi dan pengalamannya. Seringkali apa yang dilakukan oleh setiap orang tersebut bertujuan sama, namun masing-masing pihak kurang menyadari bahwa pihak lain bekerja dengan tujuan yang sama walau dengan cara yang berbeda-beda. Untuk menyamakan persepsi dalam melihat penyelesaian masalah tersebut, pelaksanaan kajian mendudukkan seluruh pihak tersebut untuk bersama-sama mencermati persoalan.

- **Mendorong para pihak untuk melihat secara langsung realitas di tengah masyarakat terkait kesehatan ibu**

Penyusunan program kerja oleh pihak pemerintah maupun organisasi masyarakat sipil pada dasarnya berupaya menyelesaikan persoalan di lapangan. Seringkali persoalan yang dilihat akan berkata lain jika langsung dilihat dan dirasakan, dibandingkan dengan hanya membaca laporan atau mendengar cerita. Pelaksanaan kajian menjadi media bagi para pihak pemerintah dan organisasi masyarakat sipil untuk melihat dan berdiskusi dengan masyarakat ataupun kelompok masyarakat di lapangan secara langsung. Dengan demikian, pihak-pihak tersebut akan memperoleh informasi lebih detail tentang latar belakang dan akar masalah yang dihadapi masyarakat.

- **Mengkaji kesenjangan yang terjadi berdasarkan data-data yang ada.**

Data merupakan landasan awal menyusun rencana kerja. Dari data akan terlihat kesenjangan yang terjadi antara realitas dengan kondisi ideal, misalnya antara target SPM dan MDGs dan capaian di daerah tertentu. Persoalan yang sering dihadapi adalah perbedaan data yang dimiliki berbagai pihak mengenai masalah yang sama, dan perbedaan penafsiran atas data tersebut. Menyamakan data dan cara menafsir atas data tersebut menjadi bagian penting dalam proses awal penyusunan perencanaan kerja.

- **Mengajak para pihak lebih banyak menggunakan data dalam menyusun perencanaan**

Perencanaan dan penilaian atas kinerja program dapat dilihat berdasarkan data. Pemanfaatan atas data menjadi sangat krusial. Tujuan akhir dalam kajian perencanaan kesehatan ibu yang dilaporkan di sini adalah memberikan kontribusi berupa rekomendasi bagi para pihak untuk menyusun perencanaan program dan anggaran kesehatan ibu secara lebih baik berdasarkan data-data yang tersedia.

■ **Mempengaruhi para pengambil keputusan dalam penyusunan program dan anggaran kesehatan ibu**

Hasil-hasil kajian perencanaan kesehatan ibu digunakan untuk mempengaruhi pengambil keputusan untuk memprioritaskan program dan anggaran daerah yang dapat menunjang peningkatan kualitas kesehatan ibu. Pengambil keputusan daerah adalah pihak yang paling strategis dalam upaya pemanfaatan hasil kajian kesehatan ibu.

Sudah barang tentu kegiatan ujicoba alat kajian perencanaan ini diharapkan akan berhasil dalam menurunkan angka kematian ibu. Tetapi sasaran antara, yang lebih banyak diceriterakan dalam publikasi ini, adalah pengembangan alat peningkatan kapasitas ini berhasil dilembagakan sebagai sebuah “prosedur tetap” atau rutin baik dalam perencanaan pelayanan publik maupun dalam peningkatan kemampuan perorangan/staf, lembaga maupun sistim, serta disebarluaskan dan digunakan di daerah-daerah lain di Indonesia.



2

PELAKSANAAN KAJIAN **PERENCANAAN KESEHATAN IBU**

“ Saya menerima banyak manfaat dari kajian yang didukung BASICS. Pertama, kajian ini media pertama bagi saya melakukan kunjungan untuk koordinasi, supervisi dan berbagi pengetahuan langsung kepada ibu hamil, kader dan tenaga kesehatan di unit-unit pelayanan beberapa kecamatan yang berkategori Sangat Terpencil (ST) di Kabupaten Konawe Selatan. Kedua, pada kajian ini, saya memiliki kesempatan melakukan konsultasi dan klarifikasi kebutuhan-kebutuhan dari lapangan guna mendukung tupoksi saya dalam menyusun draft rencana anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Selatan tahun 2011. Ketiga, tinggal bersama di daerah Sangat Terpencil (ST) dengan rekan-rekan dari Bappeda, RSUD, BPPKB dan Organisasi Masyarakat Sipil merupakan kesempatan kami untuk selalu bersama membahas persoalan kesehatan ibu dan pembangunan umumnya serta meningkatkan kualitas hubungan kami yang menunjang proses koordinasi antar instansi dalam perencanaan pembangunan kesehatan.”

*F, Kepala Sub Bidang Perencanaan
Dinas Kesehatan Konawe Selatan, Juni 2010*

Pada umumnya, sebuah kajian dilihat pada aspek-aspek metode, hasil dan rekomendasinya. Kajian Perencanaan Kesehatan Ibu yang didukung oleh Program BASICS di lima kabupaten/kota Sulawesi Tenggara ini sesungguhnya tidak hanya melihat aspek-aspek tersebut. Proses dalam persiapan kajian, proses selama kajian, proses membahas bersama hasil dan pembelajaran kajian serta proses pemanfaatan hasil kajian merupakan proses-proses yang menjadi perhatian utama dari BASICS. Sebagaimana disinggung di atas, diharapkan agar banyak aspek dari praktek perencanaan dan pelaksanaan pelayanan yang dilihat selama penerapan alat kajian ini akan menciptakan pengetahuan, keterampilan dan sikap demi untuk membenahi kinerja sistim pelayanan kesehatan secara lebih luas. Bahkan diyakini bahwa penerapan pendekatan peningkatan kapasitas ini dapat diterapkan dengan efektif pada banyak jenis pelayanan pemerintah yang lain selain kesehatan. Bagian ini akan menguraikan berbagai aspek dari proses persiapan, pelaksanaan serta pemanfaatan hasil peningkatan kapasitas yang menjadi fokus publikasi ini.

Gambar 1 di bawah ini menyajikan secara sederhana model kajian lintas aktor yang diujicoba di Sulawesi Tenggara. Dari gambar itu dapat dilihat peran berbagai pihak termasuk Tim Asistensi Provinsi, Tim Kajian lima Kabupaten/Kota, serta peran Proyek BASICS sebagai salah satu sumber bantuan teknis.



Gambar 1 menunjukkan bahwa Tim Provinsi akan memberikan bantuan teknis kepada seluruh tim kajian kabupaten/kota. Pada sisi lain, tim kajian kabupaten/kota dan Tim Provinsi juga mendapatkan asistensi teknis dari BASICS. Materi asistensi teknis yang diberikan oleh BASICS bersama Tim Provinsi diantaranya menyangkut metodologi kajian, analisis data SPM dan MDGs, asistensi penyusunan laporan serta fasilitasi pihak-pihak lintas aktor.

Kajian Perencanaan bukan sekedar memperoleh data temuan, analisa data lalu mengeluarkan kesimpulan dan rekomendasi. Proses kajian ini menjadi media yang sangat efektif mengikat koordinasi antar pihak dan meningkatkan kapasitas dalam tema spesifik, kesehatan ibu. Peningkatan kapasitas yang dimaksud adalah peningkatan pengetahuan individu, peningkatan koordinasi antar lembaga (kelembagaan) serta diharapkan dapat berkontribusi pada peningkatan sistem (mekanisme perencanaan dan peningkatan alokasi anggaran). Berikut tahapan Kajian Perencanaan dimana setiap tahapan ini terdapat upaya peningkatan kapasitas.

a

PEMBAHASAN DATA SPM DAN MDGS KESEHATAN UNTUK MENENTUKAN PRIORITAS TOPIK KAJIAN⁴

Tahapan awal kajian dilakukan dengan kunjungan Tim Provinsi termasuk anggota tim konsultan BASICS ke lima kabupaten/kota pada bulan Maret 2010. Kunjungan ini membahas dan mengklarifikasi data-data capaian SPM dan MDGs kesehatan ibu dan anak yang dimiliki oleh pemerintah kabupaten/kota dengan data yang dimiliki provinsi sekaligus berusaha untuk menghimpun informasi dari para pihak mengenai masalah-masalah yang dianggap paling mendesak di bidang kesehatan masyarakat termasuk kesehatan ibu dan anak.

Banyak temuan dan pembelajaran dijumpai saat pelaksanaan kegiatan tersebut. Sebagai contoh, ditemukan perbedaan data/angka antara berbagai sumber dan tingkat pemerintahan, perbedaan cara penghitungan angka, perbedaan penafsiran atas data dan masalah kasus-kasus yang tidak terekam di lapangan. Data yang berasal dari satu instansi saja bisa berbeda-beda, tanpa alasan yang jelas. Juga ditemukan, atau lebih tepat diinformasikan, mengenai praktek pemalsuan/manipulasi data untuk beragam tujuan.

Implikasi dari situasi yang ditemukan ini bersifat ganda. Secara praktis, dengan situasi data ini, semua pihak merasa amat sukar untuk menggunakan data yang ada, dalam bentuk yang ada, untuk langsung menentukan masalah mana yang paling urgen untuk dikaji. Menyangkut arah kajian, sudah menjadi jelas bagi semua pihak --- malah menjadi himbauan dari tim provinsi --- bahwa "masalah data" ini perlu menjadi bagian integral dari proses kajian, supaya kajian dapat membantu meningkatkan kesadaran semua pihak mengenai pentingnya data yang baik mutunya, juga supaya masing-masing tim kajian memasukkan "masalah data" sebagai salah satu topik untuk didalami pada saat melakukan kajian. Perlu ditelusuri, misalnya, mengapa data begitu buruk? Siapa-siapa yang bertanggungjawab? Di mana letaknya matarantai putus di dalam sistim pendataan dan pelaporan, yang di atas kertas begitu indah dan rapi? Sejauh mana data yang disampaikan ke kabupaten/kota benar-benar mencakup semua

⁴ Sebetulnya dalam menentukan prioritas, perlu juga dilakukan analisa dasar mengenai kebijakan (lokal, nasional) dan juga kajian anggaran belanja (dari SEMUA sumber), untuk melihat sejauh mana kebijakan serta peruntukan dana publik itu selaras dengan prioritas kebutuhan sebagaimana terlihat misalnya dalam pencapaian MDGs dan SPM. Dalam kenyataannya, kedua aspek ini relatif kurang digarap oleh kelima tim kajian yang terlibat dalam kegiatan ini.

kasus - atau masih adakah banyak kasus tak terekam, suatu hal yang membuat tim propinsi cukup prihatin.

Satu implikasi lagi: anggota tim kajian perlu diberi bekal tambahan mengenai masalah data, supaya mereka sendiri tidak menjadi “bagian dari masalah” melainkan menjadi “bagian dari solusi”.

Alhasil, “pihak perintis” pendekatan kajian ini dari tingkat propinsi maupun dari Tim BASICS tidak berhasil pada tahap awal untuk menggunakan data tersedia untuk bersama dengan rekan-rekan kabupaten/kota memutuskan topik paling urgen untuk dikaji. Yang jelas, brainstorming dan diskusi menghasilkan konsensus bahwa perlu ada kajian dan bahwa kajian itu perlu difokuskan pada aspek-aspek tertentu dari masalah capaian target MDGs dan sasaran SPM yang masih rendah. Beberapa dugaan (hipotesis) dicatat dalam diskusi tersebut, diantaranya: masih ada persoalan dengan pengelolaan data, distribusi tenaga kesehatan kurang merata, pengetahuan masyarakat tentang pemanfaatan sarana, prasarana dan tenaga kesehatan masih kurang memadai; akses masyarakat terhadap sarana, prasarana dan tenaga kesehatan banyak hambatannya; dan kurang optimalnya keterlibatan banyak pihak dalam menangani kesehatan.

Untuk mendalami dan menggali hal tersebut lebih lanjut disepakati untuk merancang sebuah proses kajian dimana didalamnya terdapat unsur-unsur (a) membentuk tim kerja lintas aktor; (b) menggali kembali data-data penunjang; (c) menentukan fokus kajian yang sesuai dengan kondisi masing-masing kabupaten/kota; (d) menyusun rancangan kajian termasuk alat-alat pengumpulan data yang akan dipakai; (e) melakukan kunjungan langsung ke unit pelayanan dan masyarakat untuk menghimpun informasi; (f) bersama-sama mengolah informasi primer dan sekunder sehingga memperoleh temuan, kesimpulan serta implikasi ke depan, dan (g) menyusun kesimpulan, implikasi dan rekomendasi dalam berbagai bentuk media (termasuk laporan) yang dianggap ampuh dalam memperjuangkan perencanaan, pendanaan dan pelaksanaan layanan kesehatan yang lebih efektif.

KOTAK 1

DATA: MUTUNYA, PENGELOLAANNYA DAN PENGGUNAANNYA DALAM PERENCANAAN

Data merupakan satu kata yang sangat sederhana, namun bermakna tinggi untuk digunakan oleh berbagai pihak untuk berbagai kepentingan. Data bisa sangat sederhana dan berarti, namun data juga dapat terabaikan dan sarat multi tafsir. Yang jelas, masalah data – kualitasnya maupun penggunaannya – masih semrawut. Dalam banyak hal, pengalaman konsultan BASICS yang sudah puluhan tahun “berdinas” di

Sulawesi menunjukkan bahwa situasi data ini tidak banyak berbeda dengan situasi yang dijumpai pada tahun 1980an, sekalipun sudah banyak komputerisasi, banyak peraturan dan banyak petunjuk. Hal ini menunjukkan bahwa ada “something very wrong” baik dengan sistem pengelolaan data (termasuk pengendalian mutu) dan pemanfaatannya dalam perencanaan, maupun dalam sistem/pendekatan terhadap pengembangan kapasitas staf.

Dalam Kajian Perencanaan yang didukung oleh BASICS di Sulawesi Tenggara, data menjadi satu perhatian besar. Langkah awal proses kajian dibangun melalui diskusi data, khususnya terkait dengan indikator capaian SPM dan MDGs urusan kesehatan. Proses ini melibatkan unsur pemerintah propinsi maupun pemerintah kabupaten/kota. Proses ini tidaklah mudah. Perbedaan atas isi dan tafsir data adalah tantangan utama.

Sebagai salah satu contoh, dalam sebuah diskusi di Kabupaten Kolaka Utara data yang disampaikan Dinas Kesehatan Kab. Kolaka Utara menunjukkan bahwa pada tahun 2007 angka kematian bayi (AKB) adalah 5, meningkat pada tahun 2008 menjadi 22 dan meningkat kembali pada tahun 2009 menjadi 51. Secara cepat dapat dikatakan bahwa soal kematian bayi di Kolaka Utara sangat tinggi dan malah memburuk. Secara sederhana seorang perencana dapat mengatakan bahwa kematian bayi di Kab Kolaka Utara adalah salah satu prioritas utama yang perlu ditangani dengan serius. Namun pada keempat kabupaten/kota lain, data sebagaimana diungkapkan dalam Tabel 3 menunjukkan trend yang berbalik, malah ada yang melampaui target nasional untuk tahun 2015. Pada keempat kabupaten/kota tersebut, rupanya kematian bayi sudah tidak perlu dianggap persoalan besar lagi.

TABEL 3 ANGKA KEMATIAN BAYI
(JUMLAH KASUS PER 1000 KELAHIRAN HIDUP)

Kab/kota	2007	2008	2009	Target Nasional 2015 (MDGs)
Kolut	5	22	51	19
Konsel	13	13,64		19
Baubau	16	13	9	19
Wakatobi	6,18	6		19
Butur	6	11,4	16,36	19

Sumber: Laporan Kajian Perencanaan Kesehatan Ibu dan Anak di Lima Kabupaten/Kota Sulawesi Tenggara

Namun, jika menyimak kondisi riil secara umum di lapangan, kelima wilayah ini sesungguhnya adalah daerah pemekaran pada tahun 2004 dan 2006. Beberapa daerah seperti Buton Utara dan Kolaka Utara pada rentang tiga tahun periode tersebut justru belum memiliki sarana dan prasarana publik yang memadai, jalan-jalan masih baru mulai dibangun, sarana kesehatan seperti puskesmas juga baru dibangun, demikian juga dengan tenaga kesehatan belum sepenuhnya terpenuhi dan merata hingga di daerah-daerah terpencil. Bahkan Kabupaten Buton Utara, pada rentang tahun tersebut baru memiliki satu dokter yang menangani kesehatan bagi seluruh penduduk di Kabupaten Buton Utara. Karena faktor-faktor ini, data yang disajikan dalam Tabel 3 itu perlu dikritisi, bukan langsung dipakai sebagai dasar perencanaan.

Beberapa pertanyaan kritis muncul. Misalnya, apakah angka tersebut merupakan jumlah anak bayi yang meninggal atau jumlah bayi yang meninggal dibagi 1.000 kelahiran hidup sebagaimana formulasi indikator MDGs? Kedua, apakah data tersebut cukup valid, diperoleh dari petugas kesehatan yang tersebar diseluruh kabupaten/kota? Ketiga, sejauh mana semua kasus kematian di daerah terpencil dan langka tenaga kesehatannya sudah direkam/dicatat? Masih banyak aspek lain yang perlu diverifikasi menyangkut penggunaan data dalam program perencanaan.

Contoh lain: di Kabupaten Buton Utara diperoleh tiga jenis data yang berbeda sangat tajam terkait Angka Kematian Ibu untuk tahun yang sama (dan berasal dari instansi yang sama). Fakta ini menunjukkan suatu kelemahan serius pada tataran organisasi (dinas) maupun sistem pengelolaannya ---misalnya, tidak adanya suatu mekanisme pengendalian (pengecekan) mutu sebelum data "resmi" dikeluarkan. Suatu harapan atau impian yang diucapkan seorang pejabat Dinas Kesehatan propinsi, suatu keinginan agar staf di kabupaten/kota menjadi lebih prihatin dan peka terhadap data, sudah pasti mencerminkan satu segi lagi dari kesemrawutan ini.

Demikian juga di Kab Konawe Selatan, indikator SPM tentang cakupan pelayanan neonatus (bayi baru lahir) dengan komplikasi yang ditangani, ada perbedaan data antara kabupaten dengan provinsi. Bahkan di Kabupaten Wakatobi data kabupaten masih menggunakan formulasi indikator SPM yang lama. Sudah barang tentu format dan formulasi data berbeda dengan pemerintah provinsi dan kabupaten lainnya di Indonesia. Dari gambaran sebagaimana disebutkan diatas, beberapa catatan kritis atas persoalan perencanaan berbasis data dapat diungkapkan, diantaranya: (a) masih banyak data yang kurang lengkap

(cakupan/coverage), (b) masih banyak data yang kurang valid (kurang dapat dipercaya), (c) banyak data yang saling bertolak belakang, (d) perencana kurang mampu menarik kesimpulan yang valid dari data kemudian menerapkannya pada proses perencanaan (dan kurang peka terhadap masalah ini), dan (e) masih ditemui kurangnya pemahaman atas penggunaan indikator SPM maupun MDGs sebagaimana telah ditetapkan oleh Pemerintah Nasional.

Dari pengalaman tersebut banyak pembelajaran yang bisa dipetik, seperti (a) penting memahami makna dari setiap indikator SPM maupun MDGs; (b) asistensi dan pengkajian laporan dari kabupaten/kota oleh provinsi perlu cepat, teliti dan mengikuti format yang telah disusun, dengan memberikan umpan balik langsung kepada kantor kabupaten/kota; (c) petugas kesehatan di desa/kecamatan wajib merekam semua kejadian (kelahiran, kematian) baik yang terjadi di wilayahnya maupun di luar wilayah (desa) nya; (d) perlu mekanisme pengelolaan data yang sederhana/mudah dibuat oleh bidan desa, mengingat tugas pendataan merupakan peran tambahan selain peran utamanya selama pra, proses dan pasca persalinan; (e) pengelolaan data untuk indikator MDGs perlu pelibatan data-data selain dari data Dinas Kesehatan - Bappeda memiliki peran utama atas hal tersebut; dan (f) pengelolaan data di tingkat kabupaten/kota perlu memperhatikan data-data primer dari bidan desa maupun dari kantor desa/kelurahan.

Hal-hal tersebut juga memperkuat gagasan atas kajian ini, mengingat bahwa kajian ini merupakan bagian kontribusi BASICS dalam mendukung peningkatan capaian MDGs/SPM terpilih, juga mencoba untuk membuka perspektif baru atas cara/kebiasaan pemerintah (khususnya pemerintah kabupaten) agar lebih sering mengkaji penyebab-penyebab masalah kesehatan dan faktor-faktor penyebab yang bersifat lokal/khusus di kabupaten/kota masing-masing. Gambaran tersebut juga menunjukkan bahwa dinas lebih berfungsi sebagai pelaksana program yang sudah ditentukan, sehingga yang namanya perencanaan yang betul, berbasis data (kuantitatif dan kualitatif) yang memperhatikan faktor-faktor setempat, hanya sedikit sekali atau bahkan tidak ada.

Dari gambaran tersebut muncul beberapa implikasi untuk pengelolaan data, diantaranya:

- Data merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam proses perencanaan. Data yang tidak valid akan membuat perencanaan tidak memiliki fokus untuk menangani persoalan yang dihadapi.
- Pengelolaan data harus diberi pengakuan, penghargaan dan kedudukan yang lebih tinggi / lebih serius dibandingkan situasi sekarang. (Soal

manipulasi dan pemalsuan data perlu juga diberi perhatian yang serius. Cukup banyak kasus pemalsuan atau manipulasi data yang dikemukakan secara gamblang oleh berbagai pihak yang ditemui.)

- Dalam memanfaatkan data untuk perencanaan, patut diketahui dengan baik formulasi standard yang perlu digunakan agar tidak terjadi kesalahpahaman dalam mengartikan data. Beberapa formulasi data yang disusun secara generik oleh Pemerintah merupakan formulasi yang harus dipahami oleh instansi terkait, seperti data-data indikator SPM dan MDGs
- Untuk memastikan data itu valid dibutuhkan aturan tentang mekanisme pendataan yang jelas dan formalistik. Bentuk regulasi dan hasil data yang diperoleh merupakan sesuatu yang perlu dibukukan secara resmi menjadi dokumen pemerintah.
- Proses validasi dan analisis data perlu dilakukan melalui pelibatan para pihak guna menghindari kesalahpahaman atas makna data.

b

PEMBENTUKAN DAN PENGELOLAAN TIM KAJIAN KABUPATEN/KOTA

Setelah disepakati bahwa kabupaten/kota akan mengujicoba penerapan alat kajian dalam upaya peningkatan perencanaan pelayanan, maka dibentuk tim kajian lintas aktor. Komposisi masing-masing tim kajian mewakili beberapa instansi pemerintah maupun OMS. Rata-rata boleh dikatakan anggota tim kajian adalah staf menengah di lingkungan masing-masing. Sebagian anggota tim pernah menjadi tenaga lapangan yang kemudian menjadi tenaga struktural di instansi masing-masing, sehingga cukup banyak memiliki pengalaman melayani masyarakat langsung.

Sangat sedikit yang memiliki pengalaman dan pelatihan sebagai peneliti, surveyor, pewawancara atau anggota tim kajian. Pada umumnya, peran mereka pada waktu kegiatan ini berlangsung adalah birokrat tingkat kabupaten/kota, dengan tugas rutin yang sedikit sekali memberi ruang buat kreativitas (misalnya, untuk menciptakan program baru). Mungkin karena itu, rata-rata anggota kelima tim ini antusias dan bersemangat dalam merancang, melaksanakan serta membahas temuan-temuan kajian.

Tentu saja wewenang untuk menentukan wakil dari masing-masing instansi/OMS terletak di tangan pejabat/pimpinan senior di masing-masing organisasi. Sempat harus diganti satu-dua anggota yang ditentukan oleh organisasinya karena tidak cocok dengan syarat-syarat yang ditetapkan. Sebagai lazimnya dewasa ini, diupayakan agar ada keseimbangan antara jumlah laki-laki dan perempuan di masing-masing tim kajian. Dalam kasus kesehatan ibu ini, ketentuan ini sangat strategis antara lain untuk mengikis anggapan bahwa urusan kesehatan ibu adalah urusan perempuan saja. Secara taktis juga, diperlukan anggota baik laki-laki maupun perempuan untuk mempermudah

komunikasi “bebas” dengan kaum ibu/isteri maupun kaum bapak/suami terutama mengenai hal-hal yang mungkin dianggap sedikit sensitif.

Masing-masing tim menentukan sendiri koordinatornya, yang dalam kebanyakan kasus dipilih wakil dari BAPPEDA secara aklamasi. Anggota tim sendiri yang menentukan tatakerja, pembagian tugas, jadwal kerja dan sebagainya. Kotak 2 memberi gambaran lebih rinci mengenai komposisi tim kajian yang didasari atas optimalisasi peran masing-masing pihak yang mempunyai peran di tingkat kabupaten/kota.

KOTAK 2

MENGOPTIMALKAN PERAN PARA PIHAK DI KABUPATEN/KOTA

Sebagaimana diungkapkan pada Pengantar, penerapan alat kajian mempunyai banyak tujuan diantaranya: (1) peningkatan koordinasi lintas instansi dan lintas aktor di level kabupaten/kota terkait urusan kesehatan; (2) mendekatkan pemerintah kabupaten kepada masyarakat untuk mengetahui secara rinci persoalan dan kebutuhan yang dihadapi masyarakat untuk meningkatkan kesehatan ibu; (3) mendorong peran supervisi, bantuan teknis, motivasi dan monitoring pemerintah kabupaten terhadap penyelenggaraan pelayanan oleh unit-unit pelayanan; (4) menjadi media yang baik untuk mengkonfirmasi dan mendalami data dan informasi dalam rangka penyusunan perencanaan bersama masyarakat berdasarkan fakta dan kebutuhan masyarakat.

Berkaitan dengan tujuan itu, pembentukan tim kajian memiliki aspek praktis dan aspek strategis. Praktis, karena semua anggota tim merupakan pihak-pihak yang mengerti dan mempunyai peran dalam urusan kesehatan ibu serta berkepentingan langsung dengan pembangunan secara umum di daerahnya masing-masing. Strategis, karena pendekatan ini berpotensi juga dikembangkan dalam rangka memberi nilai tambah saat siklus perencanaan pembangunan pada saat Musrenbang (musyawarah perencanaan pembangunan) di tingkat desa, kecamatan maupun kabupaten.

Sudah barang tentu bahwa (paling tidak buat pertama kali) penerapan kajian perencanaan harus mendapat dukungan yang kuat dari berbagai pelaku kunci. Perlu mencari seorang “champion” --- seorang tokoh, pejabat tinggi atau politisi yang dapat diyakini mengenai kegunaan dari pendekatan peningkatan kapasitas ini serta mampu menggerakkannya (termasuk membantu memperoleh dana yang diperlukan). Dalam kasus ini, BASICS mempunyai “basis” lokal di BAPPEDA kabupaten/kota, dan lembaga ini (termasuk Kepalanya) adalah pilihan paling logis bila ditilik dari sudut pandang tugas dan fungsi BAPPEDA. Pada umumnya, strategi ini cukup berhasil, dan Kepala BAPPEDA berhasil memperoleh dukungan dari Bupati/Walikota dan jajarannya sesuai keperluan. Mitra kedua yang dipilih adalah Dinas Kesehatan karena besar perannya dalam urusan kesehatan ibu.

Tantangan yang dihadapi adalah pola pikir konvensional yang cenderung melihat Dinas Kesehatan sebagai “pemilik tunggal” urusan kesehatan setempat. Pengakuan dan aktualisasi peran dan sumbangan banyak pelaku selain Dinas Kesehatan merupakan salah satu tujuan yang diharapkan dari penerapan kajian perencanaan ini.

Pada dasarnya pembentukan tim kajian diarahkan untuk menghimpun dalam satu wadah wakil dari setiap lembaga/pelaku yang mempunyai peran penting dalam mengatasi tantangan sosial yang sedang dihadapi. Karena tidak ada satu instansi atau pelaku tunggal yang dapat mengatasi suatu masalah sosial sendiri (apapun bunyi “tupoksinya”), maka komposisi tim kajian harus mencerminkan realita ini. Dalam kasus Kajian Perencanaan Kesehatan Ibu Hamil/Melahirkan, misalnya, tim kajian beranggotakan wakil dari Dinas Kesehatan, RSUD, BPPKB (khususnya bagian keluarga berencana) dan BAPPEDA. Bisa saja diperluas lagi supaya mencakup instansi yang mengurus air bersih dan sanitasi, namun dalam kasus ini diambil keputusan untuk membatasi jumlah instansi yang terlibat.

Pelaksanaan kajian menjadi sesuatu yang praktis dapat dilihat dari latar belakang dan tanggung jawab dari instansi asalnya. Anggota tim kajian dari Dinas Kesehatan berasal dari bidang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Bidang Perencanaan. Saat di lapangan staf tersebut dapat mengkaji hal-hal terkait kesehatan ibu dan bagaimana menggali masukan dari lapangan untuk perencanaan kesehatan ibu yang lebih baik. Kesempatan kajian ini juga digunakan untuk koordinasi, diskusi dan supervisi secara langsung dengan para petugas tenaga kesehatan yang menjadi lingkup tanggung jawab Dinkes seperti: Kepala Puskesmas, Dokter Puskesmas, Bidan Koordinator serta seluruh tenaga kesehatan pada saat lokakarya mini di puskesmas. Lokakarya mini merupakan lokakarya reguler yang dilakukan satu bulan sekali untuk membahas permasalahan yang dihadapi dan kemajuan yang terjadi serta menyusun rencana kerja bulanan.

Bagi anggota yang berasal dari Bidang Sosial Budaya BAPPEDA, kajian ini merupakan kesempatan diskusi secara langsung tentang kesehatan ibu dan kondisi sosial budaya dengan kepala desa, aparat kecamatan, ibu hamil dan keluarganya dan masyarakat umum. Hal-hal yang didiskusikan oleh BAPPEDA umumnya terkait dengan pembangunan sarana-prasarana untuk mendukung masyarakat dalam mengakses unit pelayanan; optimalisasi pembangunan listrik dan air bersih bagi masyarakat dan unit pelayanan kesehatan; serta mendalami kondisi sosial budaya masyarakat dalam mendukung kesehatan ibu. BAPPEDA juga memiliki peran kunci dalam mendorong kerjasama (keterpaduan) antar-instansi, suatu hal yang masih merupakan tantangan besar di banyak tempat.

Sedangkan anggota tim kajian dari bidang Keluarga Berencana BPPKB akan mengeksplorasi hal-hal terkait dengan tingkat penggunaan alat KB, distribusi alat kontrasepsi, urgensi penggunaan alat kontrasepsi bagi kesehatan ibu kepada masyarakat dan kader desa. Kesempatan ini juga menjadi media bagi BPPKB untuk mendorong peran kepala desa dan PKK untuk promosi kesehatan reproduksi.

Seperti halnya anggota BPPKB, anggota dari RSUD yang berasal dari bidang pelayanan dapat menggali informasi langsung dari masyarakat dan tenaga kesehatan (bidan dan dokter) puskesmas akan potensi rujukan bagi proses penanganan komplikasi berdasarkan kondisi riil langsung di lapangan. Riil menyangkut waktu tempuh masyarakat menuju RSUD, kondisi sarana kesehatan yang dapat digunakan di puskesmas serta ketersediaan tenaga kesehatan yang terampil memahami potensi komplikasi persalinan masyarakat yang tinggal terpencil.

Selain instansi pemerintah (eksekutif), penting dan sangat bermanfaat untuk melibatkan Organisasi Masyarakat Sipil yang memiliki fokus dan pengalaman pada bidang yang akan dikaji. Biasanya OMS itu cukup banyak pengalaman dan keterampilan dalam komunikasi dengan masyarakat, juga banyak teknik yang dikuasanya untuk memahami dan menerjemahkan realita di masyarakat ke dalam bahasa dan bentuk yang lebih mudah dipahami oleh kalangan birokrasi. Semacam jembatan lah. OMS banyak dapat menyumbang pada instansi pemerintah, begitu pula dapat banyak belajar dari instansi itu.

Bagi anggota tim kajian dari Organisasi Masyarakat Sipil, kajian bersifat kolaborasi dengan pemerintah merupakan pengalaman pertama di wilayah kerja BASICS. Pengalaman yang dimiliki oleh OMS dalam melakukan kajian serta pendampingan di masyarakat dapat dikombinasikan dengan pendekatan pemerintah dalam melakukan supervisi, koordinasi, monitoring dan penggalan kebutuhan yang biasa dilakukan pemerintah, baik BAPPEDA, Dinas Kesehatan maupun BPPKB. Teknik-teknik dalam pendekatan dengan masyarakat melalui PRA (Participatory Rural Appraisal) serta pengalaman atas penyusunan disain kajian serta teknik wawancara menjadi satu nilai tambah yang belum tentu dimiliki instansi pemerintah setempat. Media ini juga jadi media pertama bagi OMS untuk mendalami lebih jauh soal kesehatan ibu dari bidan, dokter, Dinas Kesehatan serta ibu hamil dan keluarganya.

Sempat dibicarakan apakah tidak sebaiknya melibatkan anggota DPRD di dalam kegiatan kajian seperti ini. Banyak pro dan kontranya. Bagus buat membangun “aliansi” antara ketiga pihak eksekutif, legislatif dan masyarakat sipil, tetapi mungkin bisa merencanakan peran masing-masing dan juga bertambah sulitnya penetapan jadwal kerja di lapangan karena harus memperhatikan jadwal kegiatan DPRD.

Salah satu dampak dari pembentukan tim lintas aktor selain saling melengkapi berkaitan dengan persepsi, pengalaman, pengetahuan teknis dsb., juga diharapkan agar diciptakan hubungan kerjasama yang erat yang akan berlangsung pada masa mendatang setelah selesai kajian dan pemanfaatan hasilnya. Istilahnya team building. Pengalaman membuktikan bahwa pelatihan atau kegiatan seperti kajian lintas aktor ini sering menciptakan hubungan kerjasama lintas instansi yang berlangsung lama.

Beberapa “kiat” dan “petunjuk” mengenai selukbeluk pembentukan, persiapan serta pengelolaan tim kajian akan dipaparkan pada bagian terakhir publikasi ini.

Tugas utama masing-masing tim tentu saja berupa penyusunan draft rancangan kajian, berdasarkan beberapa petunjuk yang telah diberikan kepada mereka, termasuk upaya untuk lebih mencermati data sekunder untuk mempertajam serta membenarkan pilihan topik/fokus kajian. Setelah itu dilakukan asistensi dengan dua tahap. Tahap pertama dilakukan dengan pembahasan secara bersama oleh seluruh Tim Kajian dari lima kabupaten/kota bersama seluruh anggota Tim Asistensi Provinsi serta Tim BASICS. Tahap kedua dilakukan dengan asistensi via email oleh anggota Tim BASICS terhadap draft disain kajian.

Pada tahap pertama, Tim Provinsi memberikan masukan-masukan terkait dengan sistem pengelolaan data, urgensi data yang bermutu dalam perencanaan, materi substantif/teknis mengenai masalah Kesehatan Ibu dan Anak; pembekalan materi tentang metode kajian; serta transformasi pengetahuan tentang kondisi sosial dan budaya yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan di masyarakat. Ternyata bahwa masih ada satu aspek lagi yang cukup memerlukan perhatian oleh Tim Asistensi/BASICS, yaitu kejelasan dan ketelitian dalam menulis dan mengungkapkan data, fakta serta gagasan.

Salah satu keuntungan melakukan asistensi bersama dengan lima tim kajian sekaligus adalah efektifitas dalam meningkatkan pengetahuan. Melalui serangkaian diskusi terjadi pertukaran gagasan antar kelima tim peserta dan juga diperkaya dengan asistensi oleh Tim Provinsi serta Tim BASICS. Kesempatan ini sangat dihargai oleh masing-masing tim.

Salah satu unsur krusial dalam penyusunan rancangan kajian adalah rencana biaya. Pembiayaan kajian di masing-masing kabupaten/kota didukung sepenuhnya oleh Proyek BASICS, baik dalam bentuk perjalanan ke lapangan untuk wawancara, observasi dan diskusi dengan tenaga kesehatan maupun masyarakat setempat hingga biaya-biaya untuk mendukung logistik kebutuhan kajian. Seluruh usulan pembiayaan dari lima tim kajian mencapai Rp 225.000.000,-. Selain itu, BASICS juga membiayai perjalanan Tim Provinsi yang membantu asistensi ke masing-masing kabupaten/kota, lokakarya pembahasan disain kajian oleh seluruh tim kajian serta lokakarya refleksi pembelajaran dari hasil pelaksanaan kajian. Seluruh total biaya yang didukung BASICS untuk hal itu semua mencapai Rp 300.000.000. Bila dipukulratakan, biaya pelaksanaan kajian di satu daerah berkisar sekitar Rp.60 juta.

KOTAK 3**PERAN PROVINSI DALAM MENDUKUNG PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA**

Titik perhatian dalam Kajian Perencanaan sesungguhnya bukan saja pada level kabupaten/kota, namun juga mengupayakan agar pemerintah provinsi juga memainkan peran optimal di tingkat kabupaten/kota. Penerapan peran provinsi dalam kajian ini mendekatkan peran-peran pemerintah provinsi dalam melakukan pembinaan (bantuan teknis), koordinasi dan supervisi kepada pemerintah kabupaten/kota. Seperti tim kajian di kabupaten/kota, tim asistensi tingkat provinsi juga dapat memanfaatkan proses kajian perencanaan ini untuk memberikan pembinaan dan informasi mengenai beberapa hal yang sebelumnya tidak diketahui oleh pemerintah kabupaten/kota, seperti program dan anggaran dari pemerintah provinsi dan pemerintah nasional, pemutahiran data SPM Kesehatan serta perencanaan program berdasarkan data SPM Kesehatan.

Sebelum proses pembentukan tim kajian di tingkat kabupaten/kota, pembahasan awal kajian justru dimulai di tingkat provinsi. Pembahasan di tingkat provinsi diawali dengan diskusi dengan pimpinan Dinas Kesehatan Provinsi dengan dua tujuan utama, (1) mengkonfirmasi bahwa kegiatan kajian perencanaan kesehatan ibu merupakan kebutuhan yang diusulkan oleh pemerintah kabupaten/kota dan pemerintah provinsi untuk didukung BASICS; serta (2) mengidentifikasi peran pemerintah provinsi dalam mendukung pelaksanaan kajian sebelum dibahas lebih lanjut dengan pemerintah kabupaten/kota.

Konfirmasi kebutuhan kegiatan pada akhirnya memastikan bahwa kegiatan tersebut merupakan bagian dari rencana kerja pemerintah provinsi dalam mengatasi penyebab persoalan kematian ibu sekaligus memberikan bantuan teknis kepada pemerintah kabupaten/kota dalam menangani persoalan tersebut. Konfirmasi ini juga memastikan bahwa dukungan yang akan diberikan BASICS tidak tumpang tindih dengan kegiatan yang dibiayai APBD Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

Peran utama Pemerintah Provinsi (Khususnya Dinas Kesehatan Provinsi) pada kajian ini lebih dititik beratkan pada pemberian bantuan teknis dalam mengelola data SPM kesehatan serta pengetahuan teknis penanganan kesehatan ibu. Untuk mendukung peran tersebut, dibentuk tim asistensi kajian oleh Dinas Kesehatan Provinsi.

Langkah selanjutnya yang dilakukan Pemerintah Provinsi dan BASICS adalah menyiapkan materi untuk asistensi data SPM Kesehatan dan rencana kajian bagi Pemerintah Kabupaten/Kota. Asistensi teknis diberikan kepada lima kabupaten/kota oleh Tim BASICS dan Tim Asistensi Provinsi. Proses asistensi ini dilakukan melalui diskusi bersama Dinas Kesehatan, Bappeda, BPPKB dan OMS di 5 kabupaten/kota. Demikian pula pada proses penyusunan disain kajian dan diskusi pembelajaran hasil kajian, Tim Asistensi Pemerintah Provinsi bertindak

selaku coach. Secara umum dinilai bahwa pelibatan pegawai Dinas Kesehatan propinsi cukup membantu, terutama dalam hal sharing pengetahuan dan keterampilan (misalnya menyangkut pengelolaan data) dengan rekan-rekan di kabupaten/kota. Juga membantu pegawai tingkat propinsi lebih memahami keterbatasan dan tantangan yang dihadapi rekan-rekan di tingkat itu, untuk kemudian dapat melihat dengan lebih jelas bagaimana caranya pemerintah propinsi dapat membantu secara lebih tepat dan efektif.

Namun mengefektifkan peran pemerintah melalui keterlibatan dalam upaya peningkatan kapasitas di kabupaten/kota ini tidak terlepas dari tantangan juga. Pertama, biaya perjalanan serta insentif (dalam bentuk manapun) tidak begitu mudah disediakan bila tidak dianggarkan satu tahun sebelum kajian akan dilakukan. Kedua, karena jumlah pegawai (yang memiliki kualifikasi teknis serta keterampilan fasilitasi) relatif terbatas dan cenderung sibuk, maka tidak selalu mudah untuk mengatur jadwal supaya mereka dapat datang ke kabupaten/kota pada saat dibutuhkan. Hal-hal seperti ini perlu dicermati secara serius bila pemerintah propinsi akan melakukan tugas pembinaan di tingkat kabupaten/kota dengan benar dan efektif.

d

PELAKSANAAN KAJIAN DI TENGAH MASYARAKAT

Pelaksanaan kajian di tengah masyarakat dilakukan setelah kedua tahap pembekalan dilalui dan disain kajian dinilai layak oleh “tim pembina”. Pada pelaksanaan kajian, tim kajian melakukan kunjungan dan tinggal di lapangan secara bersama⁵, menyusun serta membahas temuan secara bersama (idealnya setiap malam) serta menyusun laporan secara bersama. Seluruh pelaksanaan kajian hingga penyusunan draft laporan memakan waktu hampir 3 bulan (Maret - Mei 2010), secara selang-seling dengan tugas rutin masing-masing. Adapun masa langsung di tengah masyarakat sekitar 14 hari.

Selama proses kajian di lapangan, anggota tim terlibat melakukan wawancara atau diskusi informal dengan tenaga kesehatan, pemerintah desa, pemerintah kecamatan, ibu hamil dan keluarganya, ibu pasca melahirkan dan keluarganya, kader desa, dan tokoh masyarakat. Ada yang melakukan forum diskusi umum yang melibatkan semua unsur yang berkepentingan dengan urusan kesehatan maternal. Ada yang menggunakan kuesioner dan semua tim mempersiapkan pedoman wawancara/diskusi. Tentu saja semua tim berusaha untuk menghimpun ---- dan mengkritisi - data sekunder yang tersedia, baik dari tingkat desa maupun dari instansi pemerintahan terutama puskesmas.

⁵ Anggota tim umumnya menginap di puskesmas, fasilitas lain atau di rumah penduduk. Di wilayah perkotaan biasanya tidak perlu menginap, walaupun ada juga pemukiman yang cukup jauh dari pusat kota mengingat bahwa kota seperti Bau-bau memiliki daerah pedesaan yang luas serta beberapa pulau.

Semula akan ada “pendampingan” atau asistensi tambahan waktu tim kajian berada di lapangan, tetapi karena berbagai faktor rencana ini tidak dilaksanakan. Mengingat bahwa kajian ini merupakan pengalaman pertama bagi kebanyakan anggota tim kajian, sebenarnya asistensi di lapangan, mungkin pada satu atau dua titik krusial, akan sangat besar manfaatnya dan sangat dianjurkan supaya peningkatan kapasitas serta hasil kajian menjadi lebih mantap.

e

MEMBAHAS TEMUAN DAN MENGIDENTIFIKASI PEMBELAJARAN BERSAMA

Kegiatan ini dilakukan setelah seluruh Tim Kajian kabupaten/kota dinilai telah selesai melakukan kajian di lapangan dan telah menyusun draft laporan. Seluruh anggota tim kajian serta Tim Asistensi Provinsi terlibat dalam pembahasan bersama ini. Metode yang digunakan adalah presentasi oleh masing-masing tim kajian untuk mendapatkan masukan dari anggota tim kajian kabupaten/kota lain. Pada proses akhir, Tim Asistensi Provinsi dan Tim BASICS memberikan masukan-masukan secara umum untuk setiap sesi akhir presentasi-diskusi satu tim kajian. Proses ini cukup efektif, dalam arti masing-masing tim cukup aktif dan kritis menanggapi presentasi dari tim lain serta memberi masukan yang konstruktif. Proses ini juga membantu masing-masing tim untuk mempertajam formulasi temuannya.

Beberapa pembelajaran yang diperoleh dalam proses ini diantaranya: (a) koordinasi dan soliditas tim kajian dari kabupaten/kota semakin baik; (b) sharing pengalaman, pengetahuan diantara tim kajian memperkaya khazanah pengetahuan; (c) pendalaman atas isu-isu spesifik kesehatan ibu dan anak; serta (d) pendalaman metode dalam kajian.

f

PENYUSUNAN LAPORAN

Kelima tim kajian dianjurkan untuk menuangkan temuan dan buah pikiran ke dalam berbagai ragam bentuk penyajian yang berguna dalam proses perencanaan, termasuk bahan yang menarik, mudah dicernakan dan dapat meyakinkan berbagai kalangan (misalnya DPRD, media massa) mengenai keperluan untuk meningkatkan mutu dan cakupan pelayanan kesehatan ibu. Ternyata kelima tim memilih untuk berfokus terutama pada penulisan laporan dalam bentuk “klasik”, pertama-tama sebagai bentuk “pertanggungjawaban” atas kegiatan kajian yang telah mereka lakukan. Bentuk penyajian lain akan dipikirkan kemudian.

Proses penyusunan laporan ternyata merupakan proses panjang, mengingat anggota tim kajian tidak terlalu banyak memiliki pengalaman dalam melakukan kajian, menarik kesimpulan dan implikasi yang mantap dari data yang telah dihimpun serta menyusun laporan kajian yang sistematis dan dalam bentuk yang menarik. Malah ada temuan dalam kajian yang kurang terekam dalam dokumen laporan. Salah satu diantaranya adalah hal-hal terkait dengan kesehatan anak, sangat jarang dituangkan dalam laporan. Dengan demikian kelima laporan kajian pada dasarnya berfokus hanya pada kesehatan ibu hamil/melahirkan, walaupun kelihatannya tidak pernah dibuat suatu argumentasi atau kesepakatan bahwa



(ternyata) kesehatan/kematian ibu hamil/melahirkan merupakan masalah yang lebih urgen daripada masalah kesehatan/kematian anak atau balita⁶. Hal ini menarik dicatat untuk menjadi perhatian bila pihak lain ingin menerapkan pendekatan kajian ini: implikasinya ganda, termasuk perlunya lebih teliti dalam soal mengidentifikasi masalah prioritas dari data sekunder serta konsistensi antara rencana kajian dan pelaksanaannya kemudian⁷.

Waktu dan tenaga yang diperlukan untuk menyelesaikan beberapa versi dari laporan ini cukup banyak, hal mana tidak jarang terjadi bilamana sebuah laporan disusun bersama oleh beberapa orang. Asistensi pun dilakukan secara “jarak jauh”, seringkali melalui umpanbalik tertulis dari beberapa orang dari tim BASICS dan dikirim melalui email, bak seorang profesor memberi umpanbalik pada mahasiswanya. Inipun tidak selalu tepat waktu mengingat kesibukan masing-masing pihak. Salah satu pelajaran dari pengalaman ini adalah bahwa mungkin diperlukan coaching langsung yang intensif selama beberapa hari sampai laporan itu tuntas.

⁶ Pada beberapa kabupaten/kota dapat diargumentasikan bahwa kematian anak/balita sebagaimana direkam dalam bentuk Angka Kematian Anak atau Angka Kematian Balita, lebih-lebih dalam bentuk jumlah absolut, lebih buruk tingkatnya daripada Angka Kematian Ibu, dalam bandingan dengan target MDGs yang telah ditetapkan.

⁷ Tentu saja konsistensi tidak boleh membelenggu perkembangan pemikiran sepanjang proses kajian. Misalnya bila memang ditemukan bahwa masalah yang diperkirakan besar berdasarkan data sekunder dan diskusi awal sebenarnya kalah penting dengan masalah yang dilihat/diidentifikasi di lapangan, maka sah-sah saja menyesuaikan fokus kajian ke arah masalah itu asal keputusan dan alasan-alasannya direkam.

PEMANFAATAN HASIL KAJIAN

Simultan dengan proses penyusunan laporan, sesungguhnya draft laporan yang disusun oleh masing-masing tim kajian langsung mulai dimanfaatkan. Dalam rangka pemanfaatannya, hampir seluruh anggota tim memberikan laporan kepada pimpinan instansi masing-masing untuk memperhatikan persoalan kesehatan maternal. Beberapa laporan tersebut bahkan seperti 'dokumen hidup' yang dalam bentuk draft dipaparkan oleh berbagai pihak dalam pertemuan-pertemuan para pihak. Secara formal atau informal, secara terencana atau kebetulan, hasil (terutama temuan, buah pikiran serta rekomendasi) dari kajian dalam rentang waktu beberapa bulan sudah mulai membawa "dampak" baik jangka pendek maupun jangka menengah. Beberapa contoh dapat dikemukakan:

- Salah seorang kepala Dinas Kesehatan kabupaten mengadakan rapat kerja dengan seluruh jajarannya untuk membahas masalah mutu data dari "bawah", kemudian disusun serta dikeluarkan sebuah Peraturan Bupati menyangkut SOP (prosedur tetap) pengelolaan data SPM bidang kesehatan.
- Pengelolaan data dari bawah menyangkut kematian ibu menjadi lebih akurat dan menyeluruh, dengan pelaksanaan ketentuan bahwa kematian ibu yang datang dari luar daerah untuk melahirkan (dalam hal ini dari luar kota) tidak dicatat sebagai kematian penduduk daerah tersebut melainkan sebagai kematian di daerah asal (kota itu banyak mendapat pasien yang datang dari daerah tetangga untuk meminta bantuan kesehatan terutama dalam kasus darurat)
- Ada Rencana Kerja Tahunan (RKT) bidang kesehatan yang langsung direvisi untuk memperhatikan temuan dan kebutuhan yang diungkapkan oleh kajian perencanaan. Ada pula RKT untuk tahun berikutnya yang mengakomodir kebutuhan tersebut. Temuan kajian juga mempengaruhi peningkatan peruntukan APBD kabupaten/kota secara signifikan dalam beberapa kasus.
- Beberapa tindakan langsung diambil untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu/anak baik di Puskesmas maupun RSUD. Malah di salah satu RSUD staf diberi pelatihan soal pelayanan ibu hamil secara lebih ramah, suatu masalah yang terkuak dalam proses kajian.
- OMS menindaklanjuti beberapa masalah pelayanan kesehatan ibu dengan memasukkan aspek-aspek pelayanan itu dalam alat survei kepuasan masyarakat atas pelayanan pemerintah.
- Banyak sekali temuan dan rekomendasi kajian perencanaan ini menjadi masukan bagi penyusunan beberapa Strategi Peningkatan Pelayanan kesehatan yang dibiaya bersama oleh Proyek BASICS dengan pemerintah daerah. SPP tersebut diharapkan akan menjadi unsur penting dalam perubahan sistim dan pendekatan perencanaan, penganggaran serta implementasi pelayanan kesehatan demi pencapaian SPM serta MDGs di bidang itu. Salah satu unsur strategi penting adalah rencana untuk menerapkan (atau lebih tepat, menghidupkan kembali) pendekatan

kemitraan bidan-dukun yang pernah dikembangkan melalui program bantuan donor tetapi hilang ditelan waktu. Pendekatan yang sudah “standard” di beberapa tempat seperti Sulawesi Selatan, bila diterapkan secara lengkap di Sulawesi Tenggara dapat mengatasi banyak tantangan yang menghadapi pemerintah dan masyarakat dalam hal kesehatan maternal.

KOTAK 4

DAMPAK PELAKSANAAN KAJIAN PERENCANAAN DI KABUPATEN BUTON UTARA

Pada aspek sistem, kontribusi kajian sesungguhnya telah menggelinding seperti bola salju, dimulai dari dukungan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Buton yang berminat untuk memanfaatkan hasil kajian. Sebenarnya, minat dan perhatian sudah ditunjukkan sejak proses penyusunan laporan kajian dan laporan lisan yang disampaikan staf dari pengalaman dan temuan selama kajian. Kepala Dinas mewakili institusinya sangat mengapresiasi proses dan hasil kajian tersebut, bahkan beliau mendorong agar dilakukan kajian lebih mendetail di luar lokasi sampel kajian, dengan tujuan agar diperoleh kasus dan data yang belum terungkap.

Gayung bersambut, proses ini bergulir ditandai dengan pelaksanaan Survei Pelacakan Ibu Hamil Resiko Tinggi, Gizi Buruk, Gizi Kurang dan data-data kesehatan lainnya. Pendekatan kajian adalah metode PRA (Participatory Rural Appraisal). Meskipun pendekatan ini sangat tidak lazim atau tidak pernah dilakukan oleh Dinas Kesehatan, pada akhirnya dapat dijalankan dengan melibatkan 40 orang staf Dinas Kesehatan dan Organisasi Masyarakat Sipil. Pendekatan ini juga seiring dengan pendekatan kajian perencanaan yaitu melibatkan pemangku kepentingan di desa, seperti kepala desa dan kader desa. Kegiatan yang dilakukan dengan memakan waktu dua bulan ini pada akhirnya dapat 'menyisir' seluruh data kesehatan yang sah di 59 desa di 6 kecamatan kabupaten Buton Utara. Pada akhirnya, Kabupaten Buton Utara memiliki data yang lebih valid. Dapat dikatakan bahwa ujicoba pelaksanaan kajian perencanaan telah “mengkondisikan” para pihak di Buton Utara untuk cepat mengadopsi serta melaksanakan pendekatan yang lebih komprehensif, yaitu survei pelacakan kasus dengan menggunakan PRA.

Kemudian hasil survei tersebut telah dipublikasi dan didokumentasikan dalam bentuk audiovisual dimana hasilnya kembali diberikan apresiasi dari pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten lain. Bahkan, terbetik berita bahwa Kabupaten Muna merencanakan akan membuat replikasi pelaksanaan kajian dan validasi data menggunakan pendekatan yang telah dilakukan di Buton Utara. Hal tersebut menunjukkan bahwa pentingnya data bermutu untuk perencanaan telah menjadi perhatian instansi dan temuan kajian termanfaatkan hingga pada perubahan kebijakan APBD.

Perubahan atas perhatian perencanaan bagi program-program kesehatan sesungguhnya juga telah terjadi pada saat penyusunan APBD 2010 Kab. Buton Utara. Pasca pelaksanaan kajian dan diseminasi hasil kajian, Dinas Kesehatan Buton Utara menggunakan temuan, peningkatan pengetahuan dan pengalamannya dalam mempengaruhi perencanaan dan penganggaran APBD 2010, khususnya seksi KIA dan Gizi (informasi ini diperoleh dari dua orang kepala seksi yang kebetulan terlibat dalam tim kajian).

Salah satu bagian dari hasil kajian melaporkan bahwa angka kematian bayi cukup tinggi di Kabupaten Buton Utara tahun 2009, yaitu 33/1000 kelahiran hidup dimana target MDGs hanya 23/1000 kelahiran. Data ini kemudian menjadi perhatian serius Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara, khususnya seksi Gizi. Perhatian tersebut diwujudkan dalam peningkatan anggaran untuk kedua seksi dari tahun 2010 ke tahun 2011. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak, yang pada tahun 2010 didanai sebesar Rp. 157.325.000 dari APBD kabupaten, meningkat menjadi Rp.206.575.000 pada tahun 2011, sedangkan program Perbaikan Gizi Masyarakat, dari anggaran sebesar Rp.150.815.000 pada tahun 2010 telah meningkat menjadi Rp.477.304.000 pada tahun 2011.

Pengalaman dan pengetahuan yang rinci dari anggota tim kajian dari Dinas Kesehatan mempengaruhi cara mengartikulasikan persoalan tersebut pada ranah yang lebih luas. Misalnya Dinas Kesehatan menyampaikan tentang masalah penempatan bidan kepada Kepala BKD (Badan Kepegawaian Daerah) dan Asisten II Sekretariat Daerah Kabupaten Buton Utara dalam diskusi penyusunan kerangka pengembangan kapasitas Pemerintah Kabupaten Buton Utara. Dalam diskusi tersebut Asisten II dan Kepala BKD memberikan rekomendasi kepada Dinas Kesehatan agar memberikan surat permohonan kepada Bupati tentang kebutuhan petugas kesehatan di masing-masing wilayah. Surat tersebut juga ditembuskan ke BKD agar menjadi bahan untuk penempatan para bidan di desa dan kelurahan se-Kabupaten Buton Utara.

Bahkan, pada sebuah forum diskusi multi-stakeholder bulan Oktober 2010, isu terkait kesehatan ibu dan anak mendominasi dan menarik perhatian diskusi. Diskusi tersebut berupaya mendapat perhatian, dukungan dan komitmen dari peserta yang diantaranya para Kepala Puskesmas se-Kabupaten Buton Utara, bidan koordinator se-Kabupaten Buton Utara, BKD, BPPKB, Dinas Kesehatan, Bappeda, Proyek ACCESS berbantuan AusAID dan Organisasi Masyarakat Sipil (OMS). Penguasaan atas persoalan turut berkontribusi dalam penyampaian temuan, pengalaman dan pengetahuan anggota tim kajian dalam memaparkan persoalan kesehatan ibu. Karena itu, hasil kajian kesehatan ibu mendapat apresiasi yang baik dari seluruh peserta dan beberapa informasi yang diperoleh dalam hasil kajian juga mendapat penguatan dan penajaman saat diskusi.

Hasil kajian kesehatan ibu juga menjadi bahan diskusi dan perhatian dari wakil ketua DPRD terhadap peserta pertemuan bidan koordinator Puskesmas Kioko Kecamatan Bonegunu. Ini artinya hasil kajian juga berhasil mendorong peran DPRD untuk dapat mengangkat persoalan kesehatan dalam ranah forum politik..

Bagi OMS Butur, pengalaman mendalami kesehatan Ibu dan Anak sesungguhnya pengalaman baru, begitu juga dalam melakukan kajian bersama dengan pihak pemerintah. Kapitalisasi pengetahuan dan pengalaman ini mendorong OMS Buton Utara turut menyuarakan persoalan tersebut pada sisi perencanaan. Hasil kajian kesehatan ibu menjadi bahan dalam kajian anggaran pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh OMS. Hasil kajian kesehatan ibu dimanfaatkan oleh salah satu LSM (lembaga swadaya masyarakat) yang didukung oleh Program ACCESS-AusAID untuk menyusun perencanaan program Revitalisasi Posyandu.

PEMBELAJARAN, KEGUNAAN DAN CATATAN KRITIS DARI PENDEKATAN PROSES KAJIAN

Seperti disebutkan pada bagian sebelumnya, kajian ini bukan melulu untuk memperoleh temuan, kesimpulan dan rekomendasi terhadap fokus masalah yang dikaji. Namun juga ada proses peningkatan kapasitas perorangan, lembaga dan sistim, proses pembelajaran dan proses pemanfaatan hasil kajian.

Pada aspek individu tentu sangat terkait dengan peningkatan pengetahuan dan pengalaman dari seluruh anggota tim kajian di lima kabupaten/kota serta provinsi. Individu dari staf yang terlibat kajian semakin memahami soal kesehatan ibu dan anak, karena secara langsung mereka tinggal dan mendalami persoalan tersebut di masyarakat desa-desa tertinggal dimana sebagian besar tidak pernah mereka kunjungi sebelumnya. Peningkatan pengetahuan dan pengalaman ini memperkuat rasa percaya diri untuk mengartikulasikan persoalan-persoalan kesehatan ibu dan anak di berbagai tempat/forum.

Pada aspek kelembagaan, kajian ini berkontribusi pada upaya mendorong perubahan kelembagaan, seperti peningkatan perhatian atas kesehatan ibu dan anak maupun perhatian dalam pengelolaan data. Salah satu bentuk perhatian dalam pengelolaan data, pasca kajian telah dibangun mekanisme pengelolaan data SPM Kesehatan di seluruh kabupaten/kota.

Sementara pada aspek sistem, pasca kajian dilakukan berbagai kegiatan-kegiatan tindak lanjut dalam mendorong perhatian dari sisi perencanaan dan penganggaran. Proses-proses tersebut dapat mempengaruhi jumlah anggaran bahkan pada perencanaan masterplan kesehatan kabupaten. Secara spesifik, pemanfaatan dan efek domino pasca kajian ini dapat digambarkan sebagai berikut:

- Urusan kesehatan Ibu dan Anak merupakan urusan berbagai pihak. Urusan ini tidak bisa hanya ditangani oleh Dinas Kesehatan saja, namun juga terkait dengan instansi lain seperti Bappeda, RSUD, BPPKB, BPS, Pemerintahan Kecamatan, Pemerintahan Desa, Masyarakat Sipil dan pihak lainnya.
- Untuk menangani urusan kesehatan, pihak-pihak yang terlibat patut membangun koordinasi intensif dengan dikoordinasikan oleh BAPPEDA selaku perencana

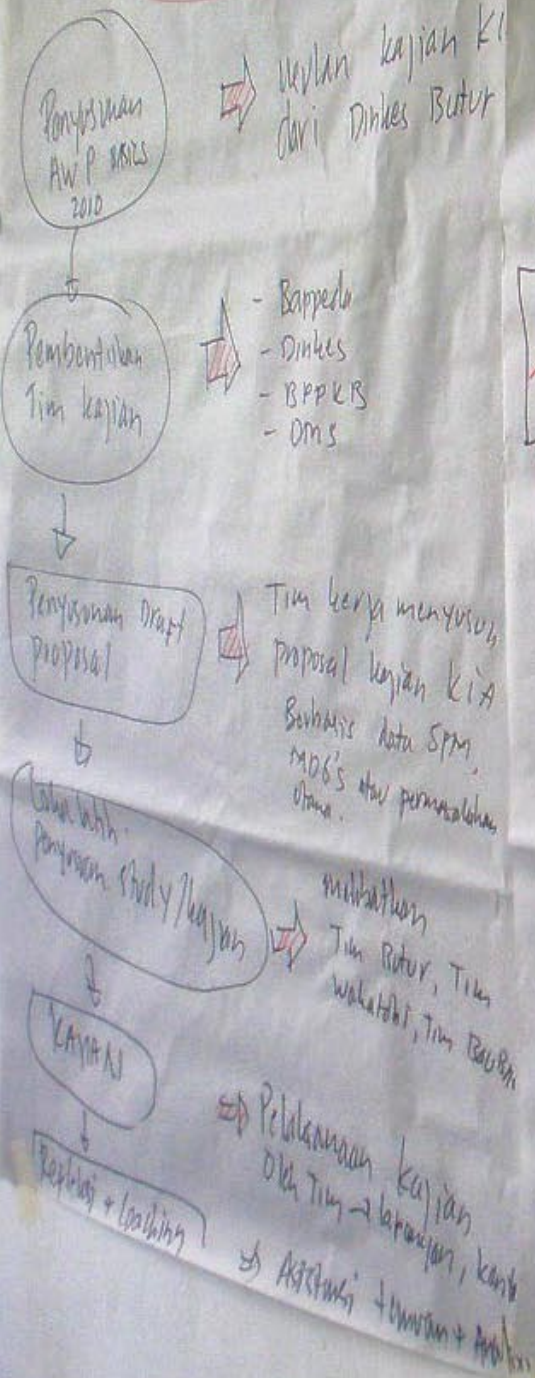


pembangunan daerah di tingkat kabupaten/kota. Perencanaan instansi teknis tanpa pelibatan BAPPEDA akan mengakibatkan perencanaan kabupaten/kota bersifat parsial atau tidak terpadu

- Kajian Perencanaan merupakan media efektif untuk meningkatkan koordinasi antar instansi untuk menyelami persoalan kesehatan ibu dan anak sekaligus mengkonfirmasi persoalan data, dan menjadi media diskusi bagi perencanaan pembangunan kesehatan, khususnya pada bidang kesehatan ibu.
- Tahapan kajian merupakan tahapan pembelajaran bagi semua pihak. Baik itu belajar bersama menganalisis data, belajar bersama memahami indikator SPM dan MDGs, belajar bersama menyusun disain kajian, belajar bersama menyusun laporan, belajar bersama menekuni persoalan teknis kesehatan, belajar bersama melihat pembangunan secara makro serta berbagi pengalaman antar daerah dalam menangani persoalan kesehatan
- Proses kolaboratif dalam kajian sesungguhnya dapat dilakukan dengan memanfaatkan kegiatan-kegiatan rutin dalam perencanaan seperti Musrenbang desa, Musrenbang kecamatan, Musrenbang kabupaten ataupun Forum SKPD.
- Keterlibatan Pemerintah Provinsi dalam kajian dapat berkontribusi mendorong peran-peran perbantuan/asistensi teknis dan koordinasi bagi pemerintah kabupaten/kota sekaligus menjadi penghubung untuk menyelaraskan pembangunan tingkat/kabupaten dengan rencana pembangunan tingkat nasional yang diturunkan dengan pengaturan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Tujuan Pembangunan Millenium.
- Dalam melakukan kajian perencanaan, unsur masyarakat sipil menjadi unsur yang strategis, mengingat unsur ini sesungguhnya juga ada pada level pemerintahan tingkat desa. Beberapa unsur masyarakat sipil yang potensial diantaranya adalah kader desa, PKK, Karang Taruna dan juga organisasi masyarakat sipil tingkat kabupaten yang bekerja hingga desa.

- Dalam pelaksanaan kajian ini, dibutuhkan biaya yang mungkin seintens dianggap relatif tinggi bagi kabupaten/kota. Namun sebagai alat atau cara untuk meningkatkan berbagai kapasitas perorangan, kelembagaan maupun sistem (misalnya sistem perencanaan), dengan pendekatan multi-pihak, maka hasilnya (di luar temuan-temuan baru) dapat dianggap sebanding dengan pengeluaran biayanya. Malah dapat disimpulkan bahwa penggunaan dana sebesar itu untuk peningkatan kapasitas perencanaan, dengan berbagai macam dampak positifnya, sangat efisien. Dan dalam banyak hal, pendekatan praktis dan aplikatif ini jauh lebih baik dari pendekatan peningkatan kapasitas yang “klasik”, yaitu pelatihan di kelas.

ALUR KAJIAN KIA



Rohmawati (Piotret/Fakti)

V/ Perencanaan

pengumpulan

untuk

perbaikan

Sektor kes

(KIA)

↓
MDG's + SPM

Prioritas
Soal = KIA

1) Kematian bayi & salah satu alat
Alat: Kider table di tempat.

↓
Paspor cepat
menang golanggi
melalui waduk Riden
Status bidan
alat ?? 30/15

2) peminan drastis
pusat KB.

alat:
- Potong lapangan
sedikit dan tak alat
- stat KB sedikit

3) Sumber = data.
bagi dinkes +
BPPKS. ??

- sistem pelaporan
ksi dan (d)
- Korte: tak tercapai

3

KIAT-KIAT
PENERAPAN KAJIAN
PERENCANAAN
**SEBAGAI ALAT
PENINGKATAN
KAPASITAS**

Manfaat multidimensi dari penggunaan kajian perencanaan sebagai alat peningkatan kapasitas - baik di tingkat sistim, struktur maupun di tingkat SDM - kiranya cukup jelas pada bab-bab di atas, begitu pula kerangka umum serta langkah-langkah pelaksanaannya. Adapun kerangka umum serta langkah-langkah pelaksanaan itu bersifat fleksibel dan perlu diadaptasi sesuai kebutuhan nyata serta sumberdaya (terutama dana, waktu dan SDM) yang tersedia. Bab ini menyajikan sejumlah kiat berdasarkan pengalaman Proyek BASICS di Sulawesi Tenggara yang kiranya bermanfaat bagi pihak-pihak lain yang mempunyai niat untuk menerapkannya sebagai bagian integral dari strategi peningkatan pelayanan sosial/publik.

MENGALANG SUPPORTERS

Sudah barang tentu bahwa (paling tidak buat pertama kali) penerapan kajian perencanaan sebagai alat peningkatan (kapasitas) pelayanan harus mendapat dukungan yang mantap dari berbagai pelaku kunci.

Pertama-tama, akan sangat ideal bila ada seorang champion yang mampu memelopori serta memberi dukungan penuh. Kemungkinan pertama, pemerintah propinsi akan mengambil inisiatif, dalam rangka pelaksanaan fungsi "pembinaan" (baca: membantu peningkatan kapasitas) di tingkat kabupaten/kota. Kemungkinan kedua adalah salah satu instansi kunci di tingkat kabupaten/kota yang mengemban tugas dan visi menyangkut peningkatan kapasitas perencanaan dan pelayanan. Bisa saja BAPPEDA, Biro Ortala, Sekretaris Daerah atau Bupati atau Walikota sendiri. Atau mungkin inisiatifnya dapat diambil oleh DPRD. Tentu saja akan jauh lebih mudah bila pemerintah daerah sudah memiliki strategi yang jelas dan komprehensif untuk peningkatan pelayanan melalui peningkatan kapasitas. Tetapi ada atau tidaknya sebuah strategi seperti itu, pihak pelopor pasti harus melakukan "*briefing*", "*lobbying*", atau "*pemasaran*". Untuk itu, sebaiknya disiapkan berbagai macam bahan presentasi yang menarik, yang mampu memikat hati para pengambil keputusan supaya memberi dukungan penuh. Diharapkan publikasi kecil ini dapat menjadi salah satu bahan "*pemasaran*" yang ampuh!

MENYUSUN RENCANA

Setelah memperoleh dukungan dari tingkat atas, maka perlu dibuat rencana pelaksanaan kajian. Dalam menyusun rencana kajian, perlu melibatkan semua pihak yang mempunyai peran supaya hasilnya menjadi rencana bersama dan mencerminkan kebutuhan masing-masing pihak - dan juga memanfaatkan kekuatan masing-masing. Beberapa aspek yang perlu digambarkan dalam rencana kajian didaftarkan di bawah ini. Perhatikan bahwa penyusunan rencana kajian merupakan bagian integral dari proses pembelajaran / peningkatan kapasitas. Juga tidak bisa dikerjakan dalam waktu singkat sampai rampung dalam sekali jalan. Beberapa unsur rencana itu (misalnya penentuan ruang lingkup / identifikasi permasalahan atau topik kajian) perlu dilakukan sebagai satu langkah sendiri (lihat bagian-bagian berikutnya). Perampungan rencana kajian pasti

akan memerlukan beberapa kali putaran sebelum tuntas. Melalui dialog terbuka dan terarah, dengan fasilitasi oleh seorang fasilitator yang piawai, maka setiap pihak yang terlibat pasti akan memperoleh penajaman pemahaman mengenai permasalahan yang sedang dihadapi.

Sebuah rencana kajian paling tidak perlu mencakup unsur-unsur sebagai berikut:

- tujuan-tujuan yang jelas
- ruang lingkup permasalahan yang jelas dan spesifik
- penentuan lokasi/wilayah kajian
- pertanyaan-pertanyaan kunci yang akan dijawab
- sumber-sumber informasi yang akan dipakai
- teknik-teknik pengumpulan informasi yang akan dipakai
- teknik-teknik dan proses analisa informasi yang akan dipakai
- rencana “penggembengan” kapasitas anggota tim kajian selama proses kajian
- rencana pemanfaatan hasil kajian (termasuk identifikasi bentuk-bentuk penyajian hasil – tidak perlu hanya “laporan” belaka)
- jumlah anggota dari instansi dan organisasi mana
- jadwal pelaksanaan (sebaiknya disesuaikan dengan kebutuhan siklus perencanaan dan penganggaran tahunan bila mungkin)
- rencana biaya

Untuk hampir setiap unsur di atas perlu dijelaskan dasar pemikiran / alasan / justifikasinya. Dalam penyusunannya, para pihak harus selalu menanyakan - dan mencatat - MENGAPA?

IDENTIFIKASI AWAL ATAS PERMASALAHAN

Untuk menyusun rencana pelaksanaan kajian, perlu dipilih sebuah masalah atau tantangan yang sedang dihadapi dalam pencapaian SPM atau MDGs. Idealnya, yang dipilih adalah masalah yang paling urgen (misalnya, yang diderita masyarakat banyak). Namun karena faktor-faktor struktural dan langkanya keterampilan (dan kebiasaan) di masing-masing pihak di tingkat kabupaten/kota untuk menentukan (sendiri) masalah sesuai urutan prioritas, maka hal ini sering menjadi sulit. Dua pendekatan dapat dicoba. Yang pertama adalah brainstorming/curah pendapat – tetapi secara terarah dan didukung argumentasi yang kuat (bukan, misalnya, karena “ini maunya Bupati”). Yang kedua adalah analisa data sekunder.

Analisa data sekunder merupakan bagian integral dari proses kajian sendiri. Analisa data sekunder kedengarannya gampang, padahal banyak “liku-likunya”. Buku kecil ini tidak akan membeberkan seluruh aspek dari proses itu karena memerlukan keahlian tertentu (inilah salah satu contoh aspek yang layak dibantu tenaga dari tingkat propinsi).

Beberapa petunjuk:

- bersikap kritis terhadap setiap data dan setiap angka; jangan diterima angka/data begitu saja hanya dengan alasan bahwa karena berasal dari dokumen “resmi”, maka sudah valid
- lakukan pemeriksaan silang (*cross-checking*) data dari beberapa sumber; bila ada perbedaan yang signifikan, coba telusuri penyebab-penyebab perbedaan itu; penyebabnya bisa saja karena keteledoran (misalnya, salah salin, salah hitung), karena menggunakan cara pengumpulan yang beda, karena menggunakan satuan penghitungan/penyebutan yang beda, karena tujuannya berbeda⁸, atau karena disengaja (contoh: pencapaian cakupan imunisasi dibengkakkan supaya mendapatkan lebih banyak stok obat, atau ditekan supaya dapat penghargaan atas prestasi program imunisasi). Jangan lupa bahwa data juga mempunyai sifat politis dan taktis dan sering dimanipulasi.
- khusus buat data MDGs dan SPM, gunakanlah satuan penyebutan yang standard. Untuk kematian ibu hamil/melahirkan, misalnya, istilah “angka kematian ibu (AKI)” beda dengan “jumlah kematian ibu”, karena yang pertama adalah istilah baku yang mempunyai definisi internasional, yaitu jumlah kematian per 100.000 kelahiran hidup. Perlu menggunakan satuan penyebutan yang standard supaya bisa membandingkan pencapaian antar daerah, antara daerah dengan propinsi dan negara, maupun dari tahun ke tahun.
- CATATAN: untuk daerah dengan jumlah penduduk kecil, perlu menggunakan baik angka (misalnya AKI) maupun jumlah. Bisa saja AKI kelihatan cukup besar (misalnya 200/100.000) namun untuk menurunkannya ke tingkat 100/100.000, misalnya, hanya perlu “menyelamatkan” satu nyawa saja, karena jumlah kelahiran sangat sedikit. (Lihat point di bawah mengenai penafsiran data dan penarikan kesimpulan.)
- cari data dari beberapa tahun berturut-turut supaya bisa memperoleh gambaran kasar mengenai kecenderungan (trend); tetapi hati-hati: karena mutu angka-angka tidak selalu tinggi dan lengkap, dan mungkin berupa estimasi dan bukan penghitungan kasus langsung, maka data/angka itu bisa saja mempunyai “kisaran” plus-minus. Dengan demikian, angka dari tiga tahun berturut seperti 82,3%, 82,4% dan 82,9% belum tentu menunjukkan kenaikan – bisa saja malah ada penurunan. Kesimpulan sementara dalam kasus ini bisa saja berupa statement “angka/indikator ini rupanya relatif stabil selama tiga tahun”.

⁸ Contoh konkrit: staf pemerintah daerah sering mengeluh bahwa angka jumlah penduduk di satu daerah sering berbeda dari satu instansi ke instansi lain. Setelah ditelusuri, ternyata bahwa angka dari BPS, misalnya, berasal dari sensus dan pemutakhiran data dari desa, sedangkan angka dari Kantor Kependudukan dan Catatan Sipil tidak mencakup orang yang sudah 6 bulan tidak berada / bermukim di daerah itu. Definisi “jumlah penduduk” berbeda, karena faktor yang diperhatikan berbeda. Tinggal kita pilih mana yang paling cocok untuk keperluan kita - dengan memberi penjelasan perihal itu pada tulisan/laporan yang kita buat.

- sebagaimana disebut pada point sebelumnya, hati-hati dalam menarik kesimpulan (final atau sementara) dari 'cerita' angka-angka. Dalam menyusun statement-statement, tidak ada salahnya menggunakan istilah seperti "barangkali", "kemungkinan besar", "kelihatannya", dsb. Atau bisa saja dibuat statement seperti ini: "karena kualitas data ini sangat meragukan maka belum bisa ditarik kesimpulan". Kejujuran seperti ini jauh lebih baik daripada memaksa data untuk menghasilkan kesimpulan/implikasi yang sebetulnya tidak punya dasar yang kuat.
- jangan berfokus pada data dalam bentuk rerata (*average*) saja. Angka rerata itu lebih banyak menyembunyikan realita daripada mengungkapkannya. Yang biasanya sama atau lebih penting dalam urusan sosio-ekonomi adalah kisaran (atau range) atau "variasi".
- Contoh konkrit: di kabupaten A maupun kabupaten B, rata-rata penghasilan per kapita per bulan itu sama, yaitu Rp.500.000. Tetapi di kabupaten A, ada beberapa orang super kaya dengan sebagian besar masyarakat sangat miskin, sedangkan di kabupaten B, hampir semua anggota masyarakat mempunyai penghasilan yang lebih kurang sama. Dalam dua kasus itu, kalkulasi angka rata-rata itu sama, walaupun kondisi sosio-ekonomi sangat berbeda.

Menganalisa data sekunder membantu kita untuk mengidentifikasi masalah atau tantangan yang paling urgen untuk ditangani. Tetapi belum tentu kajian harus berfokus pada masalah yang paling urgen, kalau misalnya sudah ada program yang efektif untuk menanganinya. Bisa saja diambil keputusan untuk mengkaji masalah yang urutan prioritasnya kedua atau ketiga, asal argumentasinya kuat dan jelas.

Menganalisa data sekunder mempunyai tujuan satu lagi: membuat peserta kegiatan (dan juga rekan maupun atasan) lebih peka terhadap mutu data, sekaligus berusaha untuk mengetahui mengapa masih (dan sering) ada masalah mutu data. Kemudian penelusuran faktor-faktor penyebab itu dapat dimasukkan ke dalam bagian rencana kajian yang akan dilakukan di "lapangan" [di tengah-tengah masyarakat maupun di kalangan tenaga/instalasi teknis yang langsung melayani masyarakat]. Apakah masih banyak kasus tak terekam, misalnya? Kalau masih banyak (misalnya pengguna alat KB yang dilayani petugas dalam praktek swasta, yang tidak terekam di Puskesmas), perlu dicari tahu mengapa ini terjadi dan bagaimana hal itu bisa diatasi.

Menganalisa data sekunder dalam rangka mengidentifikasi topik juga perlu mencakup analisa kebijakan termasuk peruntukkan dana publik DARI SEMUA TINGKAT PEMERINTAHAN DAN SEMUA SUMBER, untuk melihat masalah mana yang dianggap paling penting oleh para pembuat kebijakan, di mana terdapat kesenjangan, serta sejauh mana urutan prioritas dalam kebijakan benar-benar sesuai dengan realita di masyarakat maupun dengan kebutuhan daerah, juga sesuai dengan peruntukan dana publik.

PEMBENTUKAN TIM KAJIAN

Penentuan anggota dari masing-masing pihak perlu dilakukan secara cermat. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan termasuk pengalaman, pendidikan, bidang tugas, minat, motivasi dan lain-lain. Penting sekali memperhatikan komposisi laki-perempuan dalam tim kajian untuk mempermudah komunikasi dengan semua unsur masyarakat, juga untuk menjamin agar masalah-masalah yang dikaji dapat dipahami dari sudut pandang laki-laki maupun perempuan supaya gambarnya lebih lengkap. "Minat" dan tingkat "motivasi" berkaitan antara lain dengan kesediaan untuk berlama-lama tinggal di tengah-tengah masyarakat di daerah terpencil dengan fasilitas minim, serta memperlakukan anggota masyarakat sebagai mitra/klien dan bukan sebagai subordinat. Bilamana anggota yang ditunjuk dari salah satu instansi atau OMS dianggap kurang cocok, sebaiknya segera dilakukan negosiasi supaya orang itu diganti.

Berapa jumlah anggota tim yang ideal? Tergantung dari banyak faktor, termasuk efisiensi kerja, biaya yang tersedia, masalah yang akan dikaji, pendekatan yang akan digunakan, serta luas wilayah yang akan dikaji. Pada kasus tim Kajian Perencanaan ini, jumlah anggota sekitar 7 orang, kadang-kadang dibagi dua sub-tim untuk berkunjung ke lokasi yang berbeda⁹.

Siapa sebaiknya menjadi koordinator tim kajian? Dalam kasus Kajian Perencanaan ini, sebagian besar dari lima tim kajian memilih wakil dari BAPPEDA sebagai koordinator. Ini sangat pas dengan peran dan fungsi BAPPEDA sebagai "koordinator" dan "integrator" instansi-instansi teknis, juga karena kuat pengaruhnya dalam proses perencanaan. BAPPEDA juga dapat menjamin agar setiap instansi dan pelaku lain dapat memainkan peran sesuai dengan tugas dan fungsinya dan tidak didominasi oleh leading sector.

Sudah menjadi adat kebiasaan sejak zaman dahulu bahwa keanggotaan dan tugas (dan pembiayaan) tim kajian dikukuhkan melalui Surat Keputusan dari pejabat tinggi, idealnya Bupati atau Walikota. Kemungkinan besar akan diperlukan langkah khusus untuk menyediakan biaya (perjalanan, akomodasi, dsb.) bagi anggota non-PNS, terutama yang berasal dari OMS.

PERSIAPAN DAN PENGELOLAAN TIM KAJIAN

Setelah tim kajian dibentuk, perlu dilakukan penjajakan / penilaian mengenai keterampilan mana saja yang memerlukan *coaching* dari "tim asistensi" misalnya dari tingkat propinsi. Karena sebagian, atau semua, anggota tim kajian itu kemungkinan besar bukan peneliti dan belum pernah dilatih mengenai pendekatan dan teknik

⁹ Pembagian tim kajian menjadi dua sub-tim tidak dianjurkan bila anggotanya sedikit karena pendekatan integratif dan interaksi lintas-aktor dan lintas-bidang akan hilang.

KOTAK 5

DAMPAK PELAKSANAAN KAJIAN PERENCANAAN
DI KABUPATEN BUTON UTARA

Perlakuan adil bagi setiap anggota dan kelompok masyarakat --- wanita, laki-laki, anak, orang lanjut usia, penyandang catat, kelompok etnis minoritas, kaum miskin dan banyak lagi --- adalah hal mutlak dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Khusus mengenai aspek gender, walaupun wacana sudah lama menjadi pengetahuan umum namun penerapan analisa dan keadilan gender masih saja cukup dangkal sehingga pada saat coaching masih perlu diberi perhatian khusus. Contoh konkrit: sebagian besar anggota tim kajian semula merasa puas bahwa karena kajian ini berfokus pada masalah kaum perempuan maka asas keadilan gender sudah terpenuhi. Tetapi pikiran itu hanya menyentuh sebagian dari aspek gender yang perlu diperhatikan dalam analisa situasi. Khusus dalam situasi yang menyangkut kehamilan, kelahiran dan perawatan pasca kelahiran, peran suami/bapak (dan anggota keluarga yang lain) sangat penting. Misalnya bila suami/bapak tidak dibekali dengan pengetahuan memadai, maka kurang bisa mengambil keputusan dan memberi bantuan yang cocok dengan masalah yang sedang dihadapi (misalnya untuk cepat membawa isterinya ke fasilitas kesehatan bilamana isterinya menunjukkan gejala-gejala tertentu. Analisis gender melihat peran masing-masing pihak, bukan hanya kaum perempuan --- baik sebagai unsur yang menjadi "bagian dari masalah" maupun sebagai unsur yang (perlu) menjadi "bagian dari solusi". Makanya, dalam melakukan kajian perencanaan mengenai kesehatan maternal, misalnya, sangat sangat penting untuk melibatkan kaum laki-laki sebagai "teman bicara" dan sumber informasi.

Banyak sekali pedoman sederhana tersedia untuk membantu dalam proses pengumpulan informasi. Biasanya OMS/LSM merupakan salah satu sumber utama pedoman-pedoman semacam itu.

Adapun coaching ini sebaiknya tidak hanya dilakukan pada satu waktu saja, di awal kegiatan, melainkan dilakukan secara kontinu atau periodik sepanjang kajian berlangsung. Hadirnya "tim pembimbing" atau "tim pendamping" (tim asistensi) dari tingkat propinsi pada beberapa titik selama proses kajian berlangsung akan sangat bermanfaat, bagi dua belah pihak.

Tim kajian perlu dibantu dalam menseleksi serta mengembangkan alat-alat pengumpulan informasi yang akan digunakan. Perhatikan: sebagian besar anggota tim Kajian Perencanaan yang mungkin belum ada pengalaman akan mengidentifikasi pengumpulan informasi dengan kuesioner atau survei. Pada umumnya mereka kurang memahami teknik-teknik, kegunaan dan validitas berbagai macam teknik kualitatif, dan untuk hal ini mereka perlu diberi pemahaman serta dilatih.

Kemudian, setelah alat-alat pengumpulan informasi dikembangkan, alat-alat itu perlu diujicoba dan disempurnakan. Pelaksanaan ujicoba itu sebenarnya merupakan bagian dari peningkatan kapasitas, karena pada dasarnya merupakan pelatihan. Ujicoba ini tidak boleh dilangkahi. Langkah ini sangat tepat untuk dibantu "tim asistensi".

Langkah berikutnya adalah pembagian tugas di antara anggota tim, misalnya siapa yang mengurus transportasi, siapa keuangan, siapa logistik, siapa koordinasi, dsb. Tetapi di lapangan sedapat mungkin tim, atau sebagiannya, harus bekerja bersama-sama dalam melakukan setiap langkah supaya dapat saling mengisi dan saling belajar. Dalam melakukan wawancara, misalnya, satu orang mengajukan pertanyaan sementara yang satu lagi mencatat, secara gantian. [Catatan: di sini “lapangan” berarti “di tengah-tengah masyarakat”, “di kantor pelayanan”, atau “dimana saja informasi dikumpulkan”.]

Langkah berikutnya adalah penyusunan rencana dan jadwal kegiatan. Selama proses kajian berlangsung di lapangan, secara periodik seluruh anggota tim berkumpul untuk tukar menukar pengalaman serta saling membantu dengan saran dan informasi, sekaligus menyesuaikan kembali atau mempertajam proses kajian sendiri. Seringkali langkah ini dilakukan pada malam hari di tempat anggota tim menginap.

Dalam rangka peningkatan kapasitas tim kajian, dapat dilakukan coaching pertama seputar analisa data sekunder, disusul dengan pendekatan dan teknik pengumpulan informasi primer serta penyusunan rencana kajian. Tahap coaching ini dapat dirampungkan dengan seminar penyajian rencana kajian dihadiri para pejabat yang dianggap strategis sehingga tim dapat memperoleh umpanbalik yang bermanfaat, meningkatkan mutu rencana kajian, serta mendapatkan dukungan penuh bagi rencananya. Tim kajian kemungkinan perlu mendapat coaching dalam soal teknik-teknik penyajian yang menarik.

Coaching kedua dilakukan di tengah-tengah pengumpulan informasi di kalangan masyarakat dan penyedia layanan, sedangkan coaching ketiga dilakukan pada tahap analisa informasi, penyusunan berbagai bentuk presentasi, serta penyajian hasil kajian kepada berbagai khalayak yang memerlukannya. Pada tahap ini pula anggota tim perlu mendapat pelatihan dalam soal penyusunan materi-materi dalam bentuk yang menarik - karena materi itu mempunyai tujuan untuk mempengaruhi pengambilan keputusan, pembuatan kebijakan serta peruntukan dana. Inilah salah satu saat strategis untuk melibatkan media massa.

PENYUSUNAN LAPORAN DAN PEMBUATAN BAHAN UNTUK MEDIA KOMUNIKASI LAIN

Tantangan di sini adalah dua:

- 1) penguasaan atas teknik penyusunan “produk” (laporan atau bentuk lain) yang menarik, dapat dipahami dengan mudah dan enak dibaca, dan
- 2) penyelesaiannya dalam waktu singkat, tanpa berlarut-larut dan ditunda-tunda. Masalah ini dibuat lebih “menantang” karena dilakukan oleh sebuah tim dan bukan oleh satu orang. Dilakukan oleh tim sering mengakibatkan hasilnya bercorak “gado-gado”, terutama dalam gaya penulisan, dan juga mengalami masalah besar dalam pengaturan jadwal karena ketersediaan waktu dari masing-masing anggota berbeda-beda. Belum lagi bahwa ada anggota tim yang tidak pintar atau tidak suka menulis (dan/atau tidak memiliki ketrampilan untuk merancang bahan dalam bentuk menarik, misalnya dengan komputer.)

Tidak ada resep sempurna untuk mengatasi/mencegah tantangan ini. Namun satu cara yang cukup efektif adalah “konsinyasi” tim (atau anggota-anggota yang disepakati akan menyusun, misalnya, draft awal dari satu dokumen setelah isinya terlebih dulu dirembuk.)

Konsinyasi bermaksud anggota tim ditempatkan di satu tempat (hotel, kantor) dan bekerja sampai selesai/tuntas draft dokumen (dengan difasilitasi bila perlu). Kemudian dibagi dan dibahas antara semua anggota tim, lalu dipresentasi dan dibahas bersama rekan/atasan/para pihak kemudian direvisi sesuai keperluan.

Sebaiknya draft dokumen (atau media lain yang telah diproduksi) direview oleh beberapa pihak lain yang tidak terlibat langsung (misalnya rekan kerja, anggota masyarakat, dosen, wartawan) untuk mengetahui sejauh mana isinya dapat dimengerti dengan mudah, kesimpulan dan implikasi cukup mempunyai justifikasi dan lain-lain aspek penting.

Tetapi sekali lagi jangan hanya berfokus pada penyusunan sebuah laporan. Perlu ditentukan pesan-pesan mana yang penting untuk diketahui pihak-pihak mana, kemudian bentuk dan saluran mana yang paling cocok dan efektif untuk menyampaikan pesan-pesan itu. Bisa saja disajikan dalam bentuk poster, spanduk, video clip (untuk ditayangkan di televisi lokal, misalnya), leaflet, presentasi dalam bentuk PowerPoint, iklan pelayanan publik di radio, dan juga berbagai media sosial atau “media baru” seperti pesan singkat/sms lewat tilpon seluler, situs internet, dan sebagainya. Rancangan/desain berbagai produk dapat dibantu oleh sumberdaya setempat yang mengkhususkan diri pada urusan ini atau yang memiliki keterampilan teruji.



REFLEKSI ATAS HASIL PEMBELAJARAN

Setiap kegiatan berkenaan dengan peningkatan kapasitas senantiasa perlu dievaluasi. Evaluasi itu bermacam-macam tujuan dan caranya, misalnya evaluasi mengenai sejauh mana para peserta telah menyerap bahan-bahan tertentu (evaluation of learning), sejauh mana pengetahuan dan keterampilan baru itu dapat diterapkan di lingkungan kerja masing-masing, serta evaluasi mengenai sejauh mana penerapan pengetahuan dan keterampilan itu telah membawa dampak positif pada penyelesaian masalah atau tantangan yang sedang dihadapi. Hasil evaluasi tersebut bisa saja mengakibatkan keputusan untuk menggunakan pendekatan ini secara lebih luas dan rutin, untuk memodifikasinya, atau untuk tidak melakukannya lagi.

Evaluasi dapat dilakukan secara sederhana atau secara kompleks. Paling tidak, dianjurkan agar tim kajian difasilitasi --- dengan sebuah pedoman sederhana yang disusun khusus untuk keperluan ini --- untuk melakukan refleksi atas pembelajaran dan peningkatan kapasitas yang telah terjadi. Acara refleksi itu dapat dilakukan lebih dari satu kali, misalnya pada saat penyelesaian laporan dan enam bulan atau satu tahun kemudian, untuk mengetahui sejauh mana proses pelaksanaan kajian perencanaan itu telah membawa dampak positif pada pelaksanaan tugas anggota di tempat kerja masing-masing. Hasil refleksi itu perlu didokumentasikan dan implikasinya disampaikan kepada atasan dan pihak-pihak lain yang berkepentingan dengan peningkatan kapasitas pemerintah daerah.



LAMPIRAN A

**SINTESA TEMUAN KAJIAN
PERENCANAAN KESEHATAN IBU
DI SULAWESI TENGGARA**



Sebagaimana dijelaskan pada Pengantar dokumen ini, kajian perencanaan bukanlah penelitian “ilmiah” klasik dan jelaslah bukan penelitian “teknis” menyangkut aspek-aspek medis/kedokteran. Kajian lebih dekat dengan pendekatan Rapid (Rural) Appraisal (“RRA”) atau Participatory (Rural) Appraisal (“PRA”), dalam kasus ini dengan fokus pada aspek-aspek krusial tetapi “non-teknis” yang mempengaruhi tangguh tidaknya suatu sistim pelayanan. Sebetulnya kajian tidak bermaksud untuk menciptakan atau menemukan “ilmu” atau pengetahuan baru, tetapi bertujuan untuk membantu para penyelenggara pelayanan untuk memahami realita yang dihadapi dengan lebih cermat dan lebih mendalam sehingga perencanaan dan pengelolaan pelayanan dapat lebih berhasil.

Dengan demikian, laporan tim kajian tidak menyuguhkan temuan dan penemuan yang sama sekali baru di bidang kesehatan maternal. Namun bagi mereka, dan juga bagi rekan dan atasan, hasil yang dilaporkan dalam laporan kajian mungkin sebagiannya “baru” bagi mereka, atau paling tidak merupakan penajaman, koreksi, elaborasi atau

pembuktian atas informasi, dugaan dan asumsi yang selama ini mereka miliki. Atau menyediakan informasi dan pemahaman yang semestinya mereka miliki bilamana mereka secara rutin “turun ke bawah” dan melakukan kegiatan-kegiatan yang bersifat kajian.

Walaupun hasil kajian kelima tim itu tidak menyuguhkan hal-hal yang sama sekali baru, namun akan menarik untuk kita menyimak hal-hal yang mereka rasa penting untuk dilaporkan berkaitan dengan niat untuk meningkatkan sistem pelayanan termasuk kapasitas dan pengelolaan SDMnya, juga untuk menerapkan SPM dan mencapai target MDGs yang sudah ditetapkan. Kemungkinan besar, faktor-faktor yang disoroti oleh tim kajian tidak jauh beda dengan situasi yang menantang di tempat-tempat lain di Indonesia terutama di daerah terisolir, daerah pemekaran baru, daerah miskin dan daerah yang sulit transportasinya.

Semua laporan menyatakan bahwa kematian ibu hamil/melahirkan disebabkan oleh banyak faktor. Faktor-faktor tersebut dapat dikelompokkan pada dua faktor “non-teknis” yaitu kelalaian dan keterlambatan penanganan oleh tenaga kesehatan, serta budaya lokal dan ekonomi keluarga (atau kemiskinan).

KELALAIAN DAN KETERLAMBATAN PENANGANAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Kelima tim melaporkan bahwa kelalaian dan keterlambatan penanganan ibu hamil/melahirkan disebabkan oleh dua sebab, yaitu

1. kinerja bidan dan
2. aksesibilitas pada pelayanan Kesehatan Ibu.

1

KINERJA BIDAN

Kelima tim melaporkan bahwa kinerja bidan sering disoroti oleh masyarakat. Beberapa hal yang mempengaruhi kinerja bidan antara lain:

a

MOTIVASI DAN FIGUR BIDAN

Beberapa bidan mengakui bahwa motivasi mereka memilih bekerja sebagai bidan desa lebih disebabkan oleh motivasi ekonomi, dalam hal ini mendapatkan pekerjaan. Sebagian bidan sudah berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan ada juga yang masih berstatus pegawai tidak tetap (PTT). Mereka mengakui bahwa gaji yang selama ini mereka peroleh masih kurang, namun mereka tetap melaksanakan tugasnya.

Motivasi yang kurang dari bidan menciptakan persepsi masyarakat bahwa persalinan yang ditolong oleh tenaga bidan membutuhkan ongkos yang mahal, karena motivasi yang kurang harus didorong dengan tambahan pendapatan kepada bidan.

Beberapa kelompok masyarakat cenderung menyukai figur bidan tertentu. Mereka hanya mau ditolong oleh bidan tertentu dan tidak mau ditolong oleh bidan lain. Kondisi ini ikut menyebabkan distribusi beban kerja bidan tidak merata. Contoh pengkuan seorang kader posyandu di Konawe Selatan:

“.....umumnya ibu bersalin bukan tidak mau ditolong oleh bidan lain, tapi masyarakat di sini sudah lama mengenal bidan X, sedangkan bidan lainnya masih baru dan kurang dipercaya oleh masyarakat untuk menolong persalinannya....”

Kalimat di atas menunjukkan bahwa adanya hubungan emosional yang kuat antara bidan X dengan penduduk setempat, karena bidan tersebut sudah lama berdomisili dan berinteraksi dengan masyarakat sekitar. Contoh ini menunjukkan bahwa pendekatan bidan menentukan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kehamilan dan pertolongan oleh tenaga kesehatan. Namun disayangkan bahwa tidak adanya reward yang diberikan kepada bidan yang berdedikasi tinggi, dan kurang tereksposnya kemampuan bidan lain. Keadaan ini menyebabkan bidan baru menjadi tidak termotivasi untuk sering tampil di masyarakat.

Kinerja bidan selama ini juga dipengaruhi oleh cara komunikasi bidan terhadap masyarakat. Ada bidan yang dianggap kurang komunikatif terhadap masyarakat setempat yang pada akhirnya menimbulkan jarak antara masyarakat dengan bidan tersebut. Keadaan ini menimbulkan sikap sungkan masyarakat terhadap tenaga kesehatan/bidan.

b

TINGKAT PENDIDIKAN FORMAL DAN PELATIHAN BIDAN

Pendidikan formal bidan bervariasi mulai dari D1 kebidanan hingga S1. Latar belakang pendidikan penting, karena sangat erat kaitannya dengan pengetahuan tentang tugas pokok dan fungsi bidan. Beberapa petugas kesehatan belum memiliki pengetahuan yang cukup tentang cakupan pelayanan kehamilan, apalagi teknik-teknik penanganan kasus gawat darurat. Beberapa bidan yang menjadi responden mengaku sudah lupa tentang sebagian ilmu-ilmu pertolongan persalinan yang pernah dipelajari.

Ada beberapa bidan mengaku sama sekali belum pernah mengikuti pelatihan pengembangan kapasitas kebidanan selama bertugas sebagai bidan desa. Salah satu alasan mengapa bidan desa jarang diikuti dalam pelatihan karena pelatihan biasanya menyita waktu, sementara mereka sangat sibuk dengan tugas sehari-sehari, sehingga kalau bidan desa diikuti pelatihan, maka pelayanan kesehatan ibu di desa akan menjadi lumpuh (ini pengakuan dari salah satu bidan senior). Rupanya belum dipikirkan untuk meningkatkan kapasitas bidan melalui coaching / pendampingan di tempat. Menurut pengakuan bidan, mereka kurang diberi kesempatan untuk meningkatkan kapasitas mereka. Mereka kurang diberikan dukungan baik informasi, pengetahuan maupun dalam bentuk motivasi kerja.

C**KETERSEDIAAN ALAT KEBIDANAN
DI DESA SANGAT KURANG.**

Responden mengungkapkan bahwa ketersediaan peralatan kebidanan di Polindes, Pustu atau Bakesra kurang lengkap dan terkadang tidak sesuai dengan kebutuhan. Beberapa alat pertolongan persalinan yang disediakan oleh Dinas Kesehatan seperti inkubator untuk bayi tidak bisa digunakan di desa karena tidak adanya listrik dan karena keterbatasan kemampuan bidan dalam mengoperasikan peralatan tersebut karena tidak diberikan pelatihan setelah alat itu diserahkan. Menurut responden, Dinas Kesehatan juga jarang meninjau situasi ketersediaan alat pelayanan dan tidak memberikan tindakan yang diperlukan supaya bila terjadi kasus dapat dicarikan solusi yang cepat.

d**MINIMNYA PERAN
BIDAN KOORDINATOR (BIKOR) DI DESA**

Bidan desa mengakui kurang mendapatkan bimbingan dari bidan koordinator baik dalam bentuk dukungan informasi, pengetahuan maupun dalam memberikan motivasi kerja. Bidan koordinator seharusnya aktif membimbing bidan di desa terutama jika ada informasi atau kebijakan baru dari pusat yang perlu disampaikan kepada bidan di lapangan.

Para bidan mengaku hanya diwajibkan secara rutin mengirim laporan kegiatan ke puskesmas setiap bulan namun tidak pernah ada umpan balik dari bidan koordinator dan puskesmas. Mereka ditekan membuat laporan kegiatan tiap bulan ke puskesmas, khususnya memberikan data kelahiran dan kematian. Hal ini menunjukkan beban tugas seorang bidan cukup berat, karena selain mereka harus memberikan pelayanan, mereka juga harus meng-update data dan membuat laporan bulanan.

Bidan mengaku hampir tidak pernah melihat bidan koordinator turun ke lapangan jika tidak ada kasus yang urgen. Kunjungan lapangan dilakukan oleh bidan koordinator jika ada kasus yang tidak bisa diselesaikan oleh bidan desa, atau ketika ada masalah atau ada laporan dari masyarakat.

Bidan koordinator memberi alasan bahwa mereka juga memiliki beban kerja yang tidak sedikit. Sebagai bidan senior maka bidan koordinator merangkap kerja sebagai pelatih dan kadang-kadang menggantikan posisi dokter di puskesmas jika dibutuhkan.

Temuan lain, yaitu bidan tidak melakukan analisa dan pengkajian diagnosa kebidanan terkait kasus-kasus yang terjadi di masyarakat. Hal ini disebabkan karena bidan koordinator, pihak puskesmas dan Dinas Kesehatan tidak melakukan pembinaan secara rutin bagaimana menganalisis permasalahan kesehatan ibu.

Pengakuan responden bahwa mereka sangat membutuhkan pembinaan dari Dinas Kesehatan agar sebelum ada keluhan dari masyarakat dapat dilayani secara cepat dan tepat. Mereka membutuhkan bimbingan bagaimana melakukan pengkajian diagnosa kebidanan (misalnya dengan menggunakan

pendekatan “otopsi verbal” sebagaimana pernah diterapkan di Sulawesi Tenggara beberapa waktu lalu.)



KEMITRAAN BIDAN DENGAN DUKUN SUDAH TIDAK LAGI TERLAKSANA DENGAN BAIK

Pendekatan kemitraan antara bidan dengan dukun, yang sempat digalakkan beberapa tahun lalu, sudah tidak lagi terlaksana dengan baik, karena tidak ada bentuk kerjasama yang dituangkan dalam Surat Keputusan Bupati/Walikota. Hal ini diakui oleh bidan. Mereka mengatakan tidak ada bentuk kerjasama dengan dukun dalam menangani kehamilan dan persalinan di desa. Kondisi ini menyebabkan paradigma kesehatan yang mengharap agar persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan masih sulit dicapai, dan masih jauh dari harapan. Hal ini disebabkan karena beberapa hal yaitu masih terbatasnya tenaga kesehatan, khususnya bidan yang tersebar ke semua daerah, terutama di daerah-daerah terpencil. Di lain pihak, keberadaan dukun beranak tidak bisa tidak diperhitungkan sebagai bagian dari urusan kehamilan dan persalinan, karena merekalah yang menjadi penolong pertama pada ibu hamil jika mereka membutuhkan pertolongan.

Beberapa bidan mengakomodir keberadaan dukun meskipun beberapa diantaranya juga tidak mengakomodirnya. Akomodasi keberadaan dukun dilakukan selama tidak melewati batasannya sebagai dukun beranak. Hal ini menyangkut budaya masyarakat yang selalu didampingi oleh dukun sebelum dan sesudah bersalin. Hal ini diungkapkan oleh Ketua BPD (Badan Perwakilan Desa) Desa Laonti sebagai salah satu peserta FGD di Kecamatan Laonti.

“....masyarakat disini banyak memilih ditolong bidan X karena selalu mengakomodir keberadaan dukun bersalin. Masyarakat di sini akan merasa nyaman dan aman apabila dalam persalinannya didampingi oleh dukun.....”

Data menunjukkan bahwa peran dukun di masyarakat kurang sejajar dengan peran bidan. Adanya keterlibatan dukun dalam persalinan bukan karena program kemitraan bidan dan dukun, tetapi lebih karena kebutuhan pada saat melahirkan. Meskipun telah ditolong oleh bidan, ibu hamil tetap meminta kehadiran seorang dukun selama proses kelahiran dan/atau setelah melahirkan.

Dua fenomena ini, yaitu bidan menerima dan tidak menerima dukun, perlu dikaji lebih jauh agar memberikan solusi terutama untuk menurunkan angka kematian ibu hamil/melahirkan, khususnya di Sultra, dan di Indonesia pada umumnya melalui program kemitraan bidan dan dukun. Keuntungan kemitraan, yaitu bidan dapat mengambil pelajaran bagaimana pendekatan dukun beranak terhadap ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas, dengan harapan bahwa dukun beranak akan senantiasa membawa atau melaporkan ibu hamil ke puskesmas supaya setiap kemungkinan permasalahan medis dapat dideteksi dan diatasi secara dini.

2

**AKSESIBILITAS PADA
PELAYANAN KESEHATAN IBU**

Aksesibilitas pada pelayanan kesehatan ibu yang dimaksud adalah :

- 1) **akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan,**
- 2) **akses terhadap tenaga kesehatan (bidan) dan**
- 3) **akses terhadap Informasi mengenai kesehatan ibu.**

c

**AKSES TERHADAP
FASILITAS KESEHATAN.**

Akses masyarakat terhadap sarana kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor berikut, yaitu 1) sarana transportasi dan 2) sarana dan prasarana kesehatan.

Keterbatasan sarana transportasi dirasakan oleh mereka yang bermukim di wilayah-wilayah kepulauan dan daerah terisolir. Mereka harus mengeluarkan ongkos yang banyak, karena keterbatasan sarana angkutan, pelabuhan dan jalan yang rusak.

Fasilitas kesehatan di setiap wilayah kajian bervariasi, ada yang cukup memadai, dan ada yang masih minim, terutama di daerah-daerah terpencil. Namun demikian hampir setiap desa kajian memiliki sarana kesehatan, termasuk sarana non perawatan, yaitu tersedia Puskesmas pembantu (Pustu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan Balai Kesehatan Masyarakat (Bakesra).

Sebagian sarana kesehatan yang ada tidak difungsikan sebagaimana mestinya, karena di desa tersebut tidak ada bidan yang ditugaskan. Ada gedung fasilitas kesehatan yang dipakai untuk tujuan lain, ada juga gedung yang rusak sama sekali karena tidak pernah dipakai. Sebagai contoh, di Kabupaten Konawe Selatan, ada lima gedung Poskesdes yang tidak dimanfaatkan dari sembilan Poskesdes yang sudah dibangun. Penyebabnya adalah kurangnya tenaga kesehatan/bidan dan tidak semua bidan desa bersedia tinggal di Polindes karena akses yang sulit, sehingga pemanfaatan poskesdes/polindes hanya untuk kegiatan-kegiatan insidental, seperti penyuluhan kesehatan, sunat massal, posyandu dan pengobatan.

d

**AKSES TERHADAP
TENAGA KESEHATAN (BIDAN)**

Salah satu persoalan yang ditemui dalam penanganan kesehatan ibu adalah distribusi penempatan bidan dan tenaga kesehatan. Sulawesi Tenggara yang sangat luas dengan wilayah berpulau yang tersebar luas menyebabkan banyaknya daerah yang masih sangat jauh dari jangkauan tenaga kesehatan dan sarana kesehatan. Hal ini sangat berpengaruh terhadap komitmen dan kewajiban bidan/tenaga kesehatan berkualitas untuk tetap bekerja ditempatnya.

Wilayah kerja bidan ternyata lebih dari 2-3 desa, sehingga masyarakat merasa bidan tersebut tidak tinggal di desanya. Perbandingan atau rasio jumlah bidan dengan jumlah desa belum seimbang, yaitu setiap desa dilayani oleh satu orang bidan. Bidan yang melayani lebih dari satu desa harus berpindah-pindah



dan ada yang memilih bermukim di desa lain dan/atau hanya pulang balik, bahkan dapat melayani beberapa desa yang belum mempunyai bidan. Misalnya data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka Utara menunjukkan bahwa dari 133 desa di kabupaten itu, terdapat 66 desa yang belum memiliki bidan desa (sumber dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka Utara, 2010). Hal ini menunjukkan bahwa bidan masih sangat kekurangan.

Temuan lain dari tim, yaitu penumpukan bidan di ibukota. Sebagian di antara mereka malah diangkat menjadi staf struktural Dinas Kesehatan. Sebagian lagi ikut suami yang bertugas di kota. Jumlah bidan yang bertugas pada lokasi kajian BASICS tahun 2009 dapat dilihat pada tabel berikut. Tabel ini menunjukkan dengan jelas bahwa jumlah bidan masih jauh dari situasi ideal di Konawe Selatan dan Kolaka Utara, lumayan baik di Wakatobi, dan malah berlebih di kota Bau-bau dan Buton Utara. Data ini dapat diragukan sebagiannya, dan tidak memberi gambaran mengenai penumpukan atau penyebaran, namun cukup memberi dukungan bagi pernyataan bahwa distribusi tenaga bidan menjadi masalah yang perlu penanganan serius.

TABEL 4 JUMLAH BIDAN YANG BERTUGAS PADA LOKASI KAJIAN BASICS DI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2009

Kabupaten/Kota	Bidan (Orang)	Jumlah Desa/kelurahan/UPT		
		Kelurahan	Desa	UPT
Bau-Bau	95	43	-	-
Konawe Selatan	66	10	357	-
Kolaka Utara	71	6	127	-
Wakatobi	61	25	75	-
Buton Utara	71	8	48	3
Jumlah	364	92	607	3

Sumber : Diolah dari Sultra dalam Angka 2010. UPT = unit pemukiman transmigrasi



AKSES TERHADAP INFORMASI KESEHATAN IBU SANGAT KURANG

Masyarakat mengakui bahwa informasi kehamilan dan persalinan diperoleh dari bidan, dokter dan perawat, tetapi para bidan, dokter dan perawat tidak intensif melakukan penyuluhan dan tidak aktif memberikan penyuluhan kesehatan ibu. Penyuluhan yang intensif hanya dilakukan oleh kader kesehatan, namun secara relatif terbatas sehingga dapat dikatakan bahwa penyuluhan kesehatan yang diimpikan oleh masyarakat masih kurang.

Kajian menemukan pula bahwa beberapa tempat pelayanan (puskesmas/pustu/polindes) tidak dilengkapi dengan dokumen tugas pokok dan fungsi (tupoksi) atau prosedur layanan yang dapat menjadi informasi bagi para klien. Tempat layanan persalinan juga tidak dilengkapi dengan standar pelayanan kebidanan untuk menjadi acuan bagi masyarakat selain bagi bidan yang menangani kehamilan dan persalinan. Standar tersebut berjumlah 24 jenis pelayanan.

Tim kajian mencoba melihat akses informasi menyangkut KB yang erat kaitannya dengan kehamilan dan persalinan. Ternyata hal ini juga minim, sebab tugas penyuluhan KB sekarang diambil alih oleh tenaga kesehatan. Akibatnya beban tugas mereka menjadi lebih berat dan jelas-jelas mereka tidak dapat menyediakan layanan penyuluhan dan penyediaan alat-alat kontrasepsi seperti petugas lapangan KB yang sebelum Reformasi cukup berhasil namun akhir-akhir ini relatif kurang nampak.

Pengakuan masyarakat mengenai kurangnya menerima informasi tentang kehamilan dan persalinan sangat relevan dengan informasi yang diberikan pasien atau ibu hamil yang mengaku tidak mendapatkan tambahan informasi pada saat melakukan kunjungan kehamilan. Informasi tersebut diatas dibuktikan dengan data yang menunjukkan bahwa masyarakat memilih dan menggunakan rumah sebagai tempat bersalin dan kebanyakan persalinan dibantu oleh dukun beranak.

Media informasi yang dapat diakses untuk mendapatkan informasi tentang kehamilan dan kelahiran hampir tidak pernah dirasakan oleh masyarakat, baik melalui berita di radio maupun brosur-brosur yang disiapkan di tempat pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa promosi kesehatan maternal secara umum belum efektif.

BUDAYA DAN SOSIOEKONOMI

Setiap kelompok masyarakat memiliki seperangkat pengetahuan dan kebiasaan sehari-hari yang kemudian membentuk kebudayaan mereka masing-masing, termasuk dalam menanggapi masalah kehamilan dan persalinan. Faktor ekonomi keluarga juga cukup berpengaruh. Beberapa aspek yang digali oleh tim kajian menyangkut budaya/kebiasaan, pengetahuan dan persepsi masyarakat yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan meliputi :

d LARANGAN DAN ARAHAN SELAMA KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Di masyarakat wilayah kajian cukup banyak terdapat larangan dan anjuran menyangkut apa yang boleh dimakan dan diminum dan apa yang tidak boleh, selama masa hamil atau pada saat pasca kelahiran. Larangan dan anjuran itu cukup beragam (misalnya, dianjurkan untuk minum air kelapa setelah bayi lahir). Namun belum diketahui dampak positif atau negatif dari kebiasaan tersebut, dan tidak ditutup kemungkinan bahwa larangan dan saran yang harus

dihindari dan dilakukan selama hamil membuat ibu hamil kurang ruang gerak dan kemungkinan mengurangi porsi makanan atau kualitas gizi selama hamil. Padahal seharusnya ibu hamil mengkonsumsi makanan yang bergizi dan senantiasa aktif secara fisik. Beberapa larangan tersebut juga boleh saja dianggap membatasi ruang gerak dan kebebasan ibu hamil yang sebenarnya tidak diperlukan. Aspek ini masih memerlukan pengkajian lebih mendalam.



DUKUN BAYI DAN BIDAN DALAM BUDAYA SETEMPAT

Fakta menunjukkan bahwa tidak semua ibu hamil melakukan kunjungan kehamilan ke fasilitas kesehatan atau ke bidan sesuai dengan harapan yaitu mulai kunjungan pertama (K1) hingga kunjungan keempat (K4), melainkan hanya beberapa ibu hamil yang tuntas kunjungan K4-nya. Data Kabupaten Kolaka Utara menunjukkan bahwa pemeriksaan K4 malah hanya sebesar 10%. Hal ini menunjukkan proporsi kunjungan ibu hamil sebanyak empat kali ke sarana kesehatan masih sangat rendah jika dibanding dengan target SPM yang harus mencapai 95%.

Jarak secara fisik merupakan alasan beberapa ibu hamil dekat dengan bidan, sedangkan alasan memeriksakan kehamilannya pada dukun beranak disebabkan oleh selain kedekatan juga karena biaya murah. Fakta menunjukkan pula bahwa ibu-ibu hamil yang menggunakan dukun beranak jauh lebih banyak dibandingkan dengan yang mengunjungi tempat-tempat pelayanan kesehatan, sehingga dapat dikatakan bahwa masih terjadi gap yang cukup tinggi antara pendekatan tenaga kesehatan dan pendekatan dukun beranak terhadap ibu hamil dan ibu melahirkan atau kepada masyarakat secara keseluruhan.

Keinginan masyarakat untuk dilayani dukun beranak sangat kuat, antara lain karena kurangnya tenaga kesehatan yang siap untuk membantu jika dibutuhkan, sementara dukun beranak berada di tengah-tengah masyarakat dan dapat dipanggil kapan dan dimana saja. Apalagi dukun bayi sudah menjadi bagian integral dari berbagai macam budaya setempat sejak zaman dahulu kala dan berakar kuat.

Persepsi masyarakat atas peran dukun beranak di desa menunjukkan bahwa masyarakat merasa sangat membutuhkan keberadaan dukun beranak dan hanya sedikit diantaranya yang menyatakan dukun beranak kurang dibutuhkan. Kelebihan yang dimiliki dukun, yaitu dia berada ditengah-tengah keluarga yang sedang menunggu kelahiran bayinya sedangkan bidan, kalau ada, hanya datang sekali-sekali, terutama pada saat persalinan.

Keberadaan dukun beranak bukan sekedar untuk memberi pertolongan pada saat persalinan tetapi mereka memiliki peran baik selama masa kehamilan, kelahiran bahkan setelah proses persalinan selesai. Dalam kebiasaan masyarakat, jasa dukun beranak juga diperlukan untuk mengurut ibu hamil dan melahirkan. Dalam beberapa kasus, dukun juga berperan memberikan jampi-jampi dalam mengusir makhluk jahat yang dipercaya oleh masyarakat. Peran ini tentu saja tidak bisa diperankan oleh seorang bidan dari luar, dengan pendidikan yang sangat "ilmiah" dan "modern", karena sangat erat hubungannya dengan budaya

dan tradisi kebiasaan masyarakat.

Walaupun dukun beranak cukup besar peran dan jasa dalam menangani proses kehamilan, persalinan dan pasca persalinan, namun jelas-jelas bahwa dukun beranak memiliki sejumlah keterbatasan terutama dalam menangani proses persalinan yang berkomplikasi. Tantangan bagi bidan pemerintah, dengan pendidikan formal di daerah perkotaan adalah untuk menyesuaikan diri dengan adat, budaya dan cara berkomunikasi masyarakat tempat dia bertugas.



PEMILIHAN TEMPAT PERSALINAN DAN KEPERCAYAAN TERHADAP DUKUN

Kenyataan di wilayah kajian menunjukkan bahwa mayoritas masyarakat memilih rumah sendiri sebagai tempat untuk melahirkan. Alasan utama mengapa memilih rumah sendiri untuk melahirkan karena 1) anjuran dari pihak keluarga, 2) sudah menjadi kebiasaan dan kepercayaan turun temurun, dan 3) biaya murah.

Hal ini sangat signifikan dengan temuan bahwa penolong persalinan utama di desa kajian adalah dukun, meskipun diakui juga terjadi kerjasama pertolongan persalinan antara bidan dan dukun di beberapa daerah. Tradisi ini jelas menunjukkan bahwa kepercayaan dan kekuatan seorang ibu hamil dan keluarganya pada saat melahirkan adalah kehadiran dukun beranak di rumahnya.

Gambaran tersebut menunjukkan bahwa informasi resiko melahirkan di rumah tidak tuntas. Kondisi ini dipicu pula oleh pengetahuan ibu hamil dan keluarganya yang masih kurang, sehingga hal ini terjadi terus menerus. Artinya kasus kematian ibu melahirkan akan terjadi terus jika tidak ada intervensi untuk perubahan pola pikir masyarakat, khususnya kesadaran tentang pentingnya kehamilan dan kelahiran didampingi oleh tenaga kesehatan. Jika seandainya ibu hamil dan keluarganya mengerti atas resiko yang akan terjadi apabila melahirkan di rumah dan dibantu hanya oleh dukun, maka kemungkinan besar ibu hamil akan memilih dibantu oleh tenaga kesehatan.



KEPUTUSAN MENJADI AKSEPTOR KB

Hasil wawancara menunjukkan bahwa keputusan untuk mengikuti KB tidak umumnya dipengaruhi oleh kesadaran isteri, tetapi juga menjadi keputusan berdua oleh suami dan isteri, bahkan ada atas permintaan mertua. Peran mertua ini terjadi apabila menantu masih tinggal serumah dengan mertua atau orang tua, sehingga mereka seolah mendapatkan kewenangan untuk melakukan intervensi kepada menantu atau anaknya meskipun sudah berkeluarga. Beberapa responden yang menjadi akseptor KB bukan atas permintaan suami, namun beberapa kasus mendapat penolakan dari sang suami, khususnya pada saat menentukan pilihan pada alat kontrasepsi yang akan dipakai. Gambaran ini merupakan diskriminasi terhadap isteri dan kerugian selalu di pihak perempuan karena perempuanlah yang biasanya menanggung resiko penggunaan alat-alat kontrasepsi tertentu (kecuali pasangan itu menggunakan kondom), dan juga

menanggung resiko yang dapat timbul pada kehamilan yang tidak diinginkannya. Jelaslah bahwa ada bias gender dalam urusan KB yang perlu diberi perhatian khusus, terutama dalam bentuk penyuluhan bagi kaum laki-laki/suami.

EKONOMI KELUARGA (KEMISKINAN)

Jika dikaitkan dengan ongkos persalinan, maka yang paling sering memutuskan dimana seorang ibu hamil harus bersalin adalah sang suami. Hal ini dihubungkan dengan suami yang pada umumnya berperan sebagai pencari nafkah utama. Suami bisa berkeberatan jika istrinya akan melahirkan di fasilitas kesehatan karena membutuhkan biaya yang cukup tinggi. Sebagian besar persalinan ditempatkan di rumah antara lain karena ketidakmampuan membiayai bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pemilihan persalinan dibantu oleh dukun dan rumah sebagai tempat persalinan juga disebabkan oleh anggapan bahwa persalinan yang ditolong oleh tenaga bidan membutuhkan ongkos yang mahal, karena motivasi pelayanan beberapa bidan yang kurang. Mereka lebih memilih dukun, karena dukun bekerja tanpa pamrih menolong persalinan.

Secara lebih umum, faktor kemiskinan boleh diasumsikan ada korelasi tertentu dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan, antara lain mengenai kesehatan maternal. Malah dapat disimpulkan bahwa berbagai faktor yang diuraikan di atas merupakan suatu konstelasi faktor yang saling mempengaruhi - suatu bukti lagi bahwa masalah kesehatan maternal dan kematian ibu tidak mungkin dapat dituntaskan oleh satu pihak saja, apalagi oleh satu instansi pemerintah saja. Yang dibutuhkan adalah pendekatan multi-ilmu dan multi-pihak secara berkelanjutan.





Jl. Ratulangi No. 102 - Makassar
South Sulawesi - Indonesia
90125

Tip. 62-411-854446

Fax. 62-411-858115

www.basicsproject.or.id