



**Akses Universal Pelayanan
Kesehatan Seksual dan Reproduksi**

Profil INDONESIA



Akses Universal Pelayanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi: Profil Indonesia

Pendahuluan

Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia, terdiri dari 17.504 pulau dan populasi lebih dari 258 juta jiwa pada tahun 2016. Negara ini merupakan tempat bernaung bagi sekitar 1.340 suku bangsa dengan pandangan dan persepsi yang berbeda-beda tentang isu-isu gender dan seksualitas dan berbagai tingkatan akses terhadap hak-hak dan kesehatan seksual dan reproduksi (HKSRR), termasuk pelayanan kesehatan lain yang terkait. Sekitar 45,9% dari penduduk tinggal di daerah perkotaan, sedangkan 54,1% di lingkungan pedesaan (Biro Pusat Statistik, 2017) (lihat Tabel 1).

Tabel 1. Populasi di Indonesia

Populasi	2012	2016
Total Populasi	249,9	258,7
Kepadatan penduduk (per km)	131	135
Rasio ketergantungan	49,6	48,6*
Proporsi remaja (%)	20	25,6

Sumber:
Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia [SDKI] 2012
Infodatin, 2016
Badan Pusat Statistik, 2017

Desentralisasi dan Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan sangat penting sebagai refleksi pengembangan sumber daya keuangan pemerintah dan rasio alokasi terhadap suatu sistem kesehatan. Alokasi pembiayaan kesehatan membantu untuk memahami sejauh mana komitmen pemerintah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Umumnya, sistem pembiayaan kesehatan secara keseluruhan di Indonesia masih sangat kompleks. Pelayanan kesehatan masyarakat dibiayai oleh dua jenis anggaran: anggaran rutin pemerintah dan retribusi pasien, dibayar dengan kombinasi kontribusi dari rumah tangga / keluarga, pengusaha, dan asuransi (WHO, 2008a). Subsidi pemerintah masih cenderung dinikmati oleh keluarga kaya dibandingkan oleh keluarga miskin.

Sistem pemerintahan desentralisasi yang diimplementasikan di Indonesia pada tahun 2001, memiliki implikasi besar terhadap sektor kesehatan. Pemerintah di tingkat kabupaten diberikan kewenangan untuk mengalokasikan sebagian dari anggaran dan pendapatan untuk sektor pembangunan,

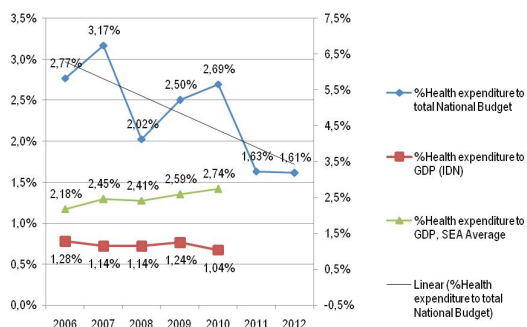
termasuk sektor kesehatan. Dana dialirkan langsung ke pemerintah daerah setingkat kabupaten dengan harapan dapat meningkatkan sistem kesehatan. Dengan sistem seperti ini, dibayangkan setidaknya 10% dari total anggaran kabupaten akan dialokasikan untuk kesehatan sebagaimana diamanatkan Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Pada kenyataannya, masih banyak kabupaten yang tidak mengalokasikan 10% untuk kesehatan (WHO, 2008a).

Total Pengeluaran Kesehatan di Indonesia

Terhitung sejak tahun 2016, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) mengalokasikan anggaran kesehatan 5 persen. Meningkat signifikan mencapai 43 persen. Secara perlahan, pemerintah pelan-pelan mulai menjalankan amanat Undang Undang No. 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pasal 171 ayat (1) menyebutkan, besaran anggaran kesehatan pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5 persen dari APBN di luar gaji pegawai. sesuai dengan batasan minimal yang tersebut dalam (<https://www.kemenkeu.go.id/apbn2017>). Namun, peningkatan anggaran ternyata belum sepenuhnya memenuhi amanat undang-undang Kesehatan. Sekitar 70% dari anggaran kesehatan dialokasikan untuk belanja kementerian dan lembaga pusat, termasuk gaji staf, dan sisanya (30% sampai 40%) adalah untuk program tersebut. Sebagian besar anggaran program dialokasikan untuk menyediakan layanan kuratif; hanya sebagian kecil, sekitar 10%, dialokasikan untuk pencegahan dan promosi. Pola pengeluaran kesehatan ini bertentangan dengan program strategis kesehatan (Indonesia Sehat) diperkenalkan pada tahun 1998, yang menekankan pada promosi dan pencegahan lebih dari layanan kuratif dan rehabilitatif.

Pada tahun 2006, pengeluaran pemerintah menyumbang 50,4% dari anggaran kesehatan secara keseluruhan, sementara pengeluaran sektor kesehatan swasta menyumbang 49,6%. Memberikan hampir setengah dari pengeluaran kesehatan total, sektor kesehatan swasta memainkan peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, termasuk masyarakat miskin (Chee, Borowitz, & Barraclough: 2009).

Grafik 1. Pengeluaran Kesehatan terhadap Total APBN dan Produk Domestik Bruto



Sumber: (Dwicaksono & Setiawan, 2013)

Review pengeluaran sektor swasta pada kesehatan menunjukkan pengeluaran tunai (*out-of-pocket*), termasuk pembiayaan, menempati porsi terbesar dari pengeluaran pribadi (66.3% pada tahun 2006), dengan sebagian kecil diinvestasikan ke dalam rencana kesehatan prabayar swasta (9,7%), dan sisanya digunakan oleh LSM dan perusahaan swasta (WHO, 2008b).

Pengeluaran tunai merupakan sumber utama untuk obat-obatan, baik dari estimasi jumlah maupun nilainya. Obat-obatan mencapai sekitar 50% dari biaya asuransi kesehatan (Chee, Borowitz, & Barraclough, 2009). Ini berarti 20% dari masyarakat miskin menerima kurang dari 10% dari total subsidi kesehatan masyarakat, dibandingkan dengan kuintil kelompok kaya yang menyerap hampir 40%. Selain itu, ada ketidakadilan wilayah dan sosial ekonomi yang serius dalam sistem kesehatan, mengingat orang-orang di daerah pedesaan dan kaum miskin perkotaan kurang memiliki akses terhadap sistem kesehatan (WHO, 2008a; Bank Dunia, 2014).

Tabel 2. Pengeluaran Kesehatan

	1996	2003-2005	2011/2013
% Total pengeluaran kesehatan dari produk domestik bruto	1,9	2,2 (2003) 2,1 (2005) 2,2 (2006)	2,72 (2011) 2,8(2013)
% pengeluaran pemerintah bidang kesehatan dari total belanja bidang kesehatan	41,9	42,0 (2003) 40,1 (2004) 46,7 (2005) 50,4 (2006)	36,1(2013)
% pengeluaran pribadi bidang kesehatan dari total belanja kesehatan	58,1	58,0 (2003) 59,9 (2004) 53,3 (2005) 49,6 (2006)	49,1 (2011) 63,9(2013)
% keseluruhan pengeluaran pemerintah bidang kesehatan dari total	4,3	4,8 (2003) 4,5 (2004) 5,1 (2005) 5,3 (2006)	7,75 (2011)

pengeluaran pemerintah

% pengeluaran jaminan sosial bidang kesehatan dari total pengeluaran pemerintah bidang kesehatan	9,3	4,8 (2003) 4,8 (2004) 20,7 (2005) 20,0 (2006)
--	-----	--

% pengeluaran dibayar sendiri dari total pengeluaran di bidang kesehatan	38,25 (2011)
--	--------------

% pengeluaran yang dibayar sendiri dari pengeluaran swasta di bidang kesehatan	62,0	69,7 (2003) 69,2 (2004) 66,4 (2005) 66,0 (2006)	75,13 (2011) 75,8 (2013)
--	------	--	-----------------------------

sumber: (FPSB Indonesia, 2014; WHO, 2008b; WHO, 2013b)

Pengeluaran tunai merupakan sumber utama untuk obat-obatan, baik dari estimasi jumlah maupun nilainya. Obat-obatan mencapai hingga sekitar 50% dari biaya asuransi kesehatan (Chee, Borowitz, & Barraclough, 2009)

Status Pelayanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Kontrasepsi

Program Aksi Konvensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*The International Convention on Population and Development/ICPD*) menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk menikmati kehidupan seks yang aman serta bebas untuk memutuskan apakah ingin dan kapan memiliki anak. Program aksi ICPD juga menekankan hak laki-laki dan perempuan untuk mendapatkan informasi dan akses terhadap metode keluarga berencana yang aman, efektif, dan terjangkau sesuai dengan pilihan mereka.¹

Pada bagian ini akan dibahas tiga indikator:

- Angka Kesuburan Total (*Total Fertility Rate/TFR*); merupakan indikator status kesehatan reproduksi, misalnya, tingginya angka kesuburan (>5 persalinan) mempengaruhi kerentanan kondisi kesehatan reproduksi;
- Prevalensi pemakaian alat kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*), sebagai tolak ukur akses pelayanan kesehatan reproduksi, dengan asumsi ada kebebasan untuk mengatur kehamilan dan memilih kontrasepsi dengan melibatkan peran laki-laki yang dipromosikan pemerintah melalui program KB; dan
- Kebutuhan pelayanan KB yang tidak terpenuhi (*Unmet Need*), merupakan indikator akses pelayanan kesehatan reproduksi.²

Angka Kesuburan Total (*Total Fertility Rate/TFR*)

Angka Kesuburan Total (TFR) turun dari 2,9 (1994-1996) menjadi 2,6 (2012). Sejak tahun 1994, angka kesuburan sedikit menurun dan bertahan di angka 2,6 sejak tahun 2003. TFR di wilayah pedesaan (2,8 kelahiran per perempuan) lebih tinggi dibandingkan perkotaan (2,4 kelahiran per perempuan). Tingkat pendidikan turut mempengaruhi TFR; semakin tinggi tingkat pendidikan pasangan cenderung untuk membatasi jumlah anak (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

Table 3. TFR, CPR, dan Unmet Need

Sumber: SDKI, 2012.

Kontrasepsi	1994-96	2003-05	2012
TFR	2.9	2.6	2.6
CPR	54.7	60.3	61.9
Unmet need terhadap kontrasepsi	15.3	13.2	11.4

Hasil penelitian kualitatif oleh Rumah Kitab, lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang memberikan perhatian pada isu-isu agama, menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi dipengaruhi oleh keyakinan agama. Mereka yang memiliki keyakinan agama Islam yang konservatif cenderung menolak metode kontrasepsi modern. Kelompok ini percaya bahwa banyak anak adalah berkah dari Tuhan. Mereka juga meyakini bahwa Islam akan lebih kuat jika setiap muslim memiliki banyak anak (Rumah Kitab, 2013).

Angka Prevalensi Penggunaan Kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*)

Prevalensi penggunaan kontrasepsi didefinisikan sebagai proporsi perempuan menikah usia 15-49 tahun yang menggunakan metode KB. Angka prevalensi penggunaan kontrasepsi (CPR) menggambarkan akses perempuan terhadap kontrasepsi, yang sering menjadi acuan keberhasilan implementasi program KB.

Menurut SDKI 2012, CPR meningkat dari 54,7% pada periode 1994-1996, menjadi 60,3% pada 2003-2005. Presentase CPR bertahan pada 61,9% di tahun 2012, ketika kebanyakan perempuan menikah memilih menggunakan kontrasepsi modern daripada metode tradisional (masing-masing 58% dan 4%). Suntik merupakan metode yang paling umum digunakan (32%), diikuti oleh pil (14%). Penggunaan metode jangka panjang seperti IUD menurun secara signifikan, dari 13,3% pada tahun 1991 menjadi 3,9% pada tahun 2012 (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

Tabel 4. Penggunaan Kontrasepsi

Metode KB	1991	1994	1997	2002/03	2007	2012
Suatu cara	49.7	54.7	57.4	60.3	61.4	61.9
Pil	14.8	17.1	15.4	13.2	13.2	13.6
IUD	13.3	10.3	8.1	6.2	4.9	3.9
Suntik	11.7	15.2	21.1	27.8	31.8	31.9
Kondom	0.8	0.9	0.7	0.9	1.3	1.8
Susuk KB	3.1	4.9	6.0	4.3	2.8	3.3
Sterilisasi perempuan	2.7	3.1	3.0	3.7	3.0	3.2
Sterilisasi laki-laki	0.6	0.7	0.4	0.4	0.2	0.2
Pantang berkala	1.1	1.1	1.1	1.6	1.5	1.3
Senggama terputus	0.7	0.8	0.8	1.5	2.1	2.3
Lainnya	0.9	0.8	0.8	0.5	0.4	0.4
Jumlah Perempuan	21,109	26,18	26,886	27,857	30,931	33,465

Sumber: BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013

¹ICPD Programme of Action. Para 7.2.

²See ARROW' An Advocate's Guide:

http://www.arrow.org.my/publications/AdvocateGuide_Financial_RN_Web.20131127.pdf.

Sejak tahun 1994 hingga 1997, penggunaan implan/susuk meningkat, mungkin dipengaruhi oleh gencarnya kampanye penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang berupa pemasangan IUD dan implan gratis yang dilakukan pemerintah di beberapa kabupaten. Pada tahun 2012, beberapa provinsi (seperti Jawa Tengah) tidak lagi melakukan kampanye seperti ini. Selain itu juga, Undang-Undang Nomor 29/2004 tentang Praktik Kedokteran melarang bidan untuk memasang IUD dan implan (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

Tidak banyak perbedaan dalam penggunaan kontrasepsi antara perempuan di perkotaan dan pedesaan, masing-masing 62,1% dan 61,6%. Secara umum penggunaan kontrasepsi meningkat menurut tingkat pendidikan, mencapai puncaknya pada perempuan dengan pendidikan SMTA (67%), kemudian turun menjadi 55,8% pada perempuan dengan pendidikan perguruan tinggi. Namun, tidak ada perbedaan signifikan dilihat berdasarkan kuintil kekayaan dan latar belakang sosial ekonomi (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

Unmet Need terhadap Kontrasepsi

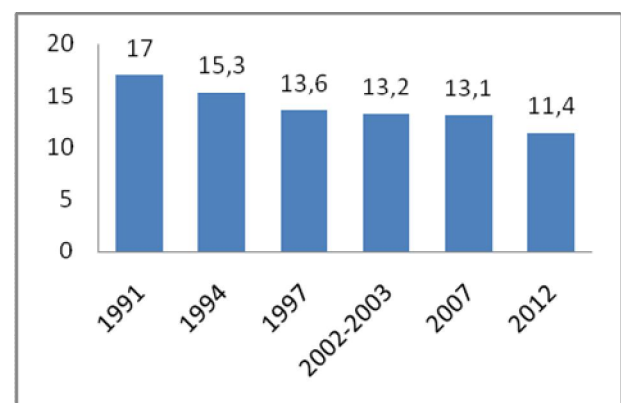
Tidak terpenuhinya kebutuhan (*unmet need*) kontrasepsi tetap ada meski penggunaan kontrasepsi meningkat. Ada korelasi langsung antara *unmet need* dengan pengetahuan dan ketersediaan serta layanan kontrasepsi bagi perempuan. Korelasi tinggi terutama di kalangan perempuan miskin (Amnesty International, 2010).

Studi yang dilakukan oleh Amnesty International pada tahun 2010 menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna dalam mengakses informasi dan pelayanan KB di kalangan perempuan dilihat dari status perkawinan. Perempuan tidak menikah lebih sulit mengakses informasi dan pelayanan KB; bukan saja karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran tetapi juga karena pelayanan dapat diberikan bila ada persetujuan dari suami, adanya kebijakan yang menyatakan kontrasepsi hanya untuk perempuan menikah, dan terbatasnya kebebasan perempuan dalam mengambil keputusan apakah dan kapan ingin memiliki anak (Amnesty International, 2010).

SDKI 2007 dan 2012 menunjukkan terjadi penurunan *unmet need* dari 13% menjadi 11,4%; 6,9% di antaranya adalah untuk membatasi kelahiran dan 4,5% untuk menjarangkan kelahiran. Total *unmet need* meningkat seiring dengan meningkatnya usia, dan mencapai puncaknya hingga 16% pada perempuan menikah usia 45-49. Hampir semua *unmet need* pada perempuan di bawah usia 25 tahun ditujukan pada penundaan kelahiran; sedangkan pada perempuan

umur 35 tahun ke atas untuk membatasi kelahiran. Jumlah *unmet need* juga meningkat sejalan dengan jumlah anak, hingga mencapai 21% untuk perempuan yang mempunyai anak 5 atau lebih. Sebagian besar *unmet need* pada perempuan yang mempunyai anak tiga atau lebih ditujukan untuk membatasi kelahiran. Jumlah *unmet need* di daerah pedesaan (12%) sedikit lebih tinggi daripada daerah perkotaan (11%). Persentase *unmet need* tidak banyak bervariasi menurut kategori pendidikan (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

Grafik 2. Tren Kebutuhan KB yang Tidak Terpenuhi, 1991-2012



Sumber: BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013

Melihat kondisi ini, pemerintah melakukan revitalisasi program KB. Pada tahun 2009, Pemerintah Indonesia mulai mencanangkan revitalisasi program KB melalui kerjasama BKKBN dengan TNI sebagai tindak lanjut dari Instruksi Presiden Nomor 1/2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2010 (<http://infopublik.id/read/1780/tni---bkkbn-canangkan-percepatan-revitalisasi-kb-nasional.html>). Revitalisasi dilakukan dengan mengalokasikan sumber daya untuk memperkuat layanan melalui peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, rantai pasokan dan manajemen logistik, serta kualitas klinik keluarga berencana. Selain itu, ada juga upaya untuk meningkatkan kebutuhan keluarga berencana melalui upaya advokasi, komunikasi perubahan perilaku, dan mobilisasi masyarakat di tingkat akar rumput.

Sebagai satu langkah revitalisasi, BKKBN mencanangkan inisiatif yang disebut dengan Kependudukan dan Keluarga Berencana Kencana (KKB Kencana) untuk periode 2013-2016. Inisiatif ini diharapkan mampu mengembangkan dan mendorong pelaksanaan program KKB di kabupaten dan kota untuk memahami dan meningkatkan komitmennya terhadap program KKB. KKB Kencana bertujuan menghasilkan model manajemen pelayanan KKB secara komprehensif dan terintegrasi. Model ini dapat

diaplikasikan pada program di tingkat nasional, regional, dan kabupaten atau kota. Pada tahun pertama, model KKB Kencana diinisiasikan di 94 kabupaten di empat provinsi (Sumatra Utara, Kalimantan Barat, Jawa Barat dan Nusa Tenggara timur). Diharapkan melalui program ini, akan terwujud Penduduk Tumbuh Seimbang (PTS) yang ditandai dengan menurunnya TFR menjadi 2.1 (<http://duaanak.com/berita-utama/kkb-kencana-apa-dan-bagaimana-ii/>).

Saat ini Revitalisasi program KB lebih diarahkan untuk mendukung implementasi Nawacita terutama cita ketiga, kelima dan ke depalan. Cita ketiga yaitu membangun Indonesia dari pinggiran dan untuk itu BKKBN telah menetapkan pengembangan “Kampung KB” sebagai model baru penggarapan KB. Cita kelima yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia, yang diharapkan dapat terwujud melalui pendekatan keluarga yang mulai dari program 1000 hari kehidupan pertama, Bina keluarga Balita, Bina Keluarga Remaja, Pusat Informasi dan Konseling Remaja, Bina Keluarga Lansia. Kemudian pada cita kedelapan melakukan revolusi karakter bangsa, yang diimplementasikan dengan pendekatan revolusi mental berbasis keluarga.

Untuk mendukung suksesnya program KB, pemerintah mendorong keterlibatan peran swasta. Data menunjukkan bahwa sektor swasta melayani 73% dari akseptor, dan sekitar 66% dari pengguna yang mendapatkan pelayanan dari pemerintah (termasuk metode jangka panjang) membayar untuk layanan. Sisanya mendapatkan layanan secara gratis – khususnya untuk metode jangka panjang (Jones, G & S.M. Adioetomo, 2014).

Kesehatan Ibu

ICPD Program Aksi menyerukan promosi kesehatan perempuan dan keselamatan ibu melalui percepatan dan penurunan substansi kesakitan dan kematian ibu termasuk kematian dan kesakitan akibat aborsi yang tidak aman.³

Pada bagian ini akan dibahas tentang indikator kunci yang berkaitan dengan kesehatan perempuan:

- Angka Kematian Ibu (AKI), yang mencerminkan persalinan yang aman;
- Angka Kematian Bayi (AKB), yang mencerminkan kesehatan ibu, nutrisi dan pelayanan persalinan yang optimal; serta angka kematian prenatal sebagai indikator status kesehatan ibu dan nutrisi serta kualitas pelayanan kebidanan;

- Cakupan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care coverage/ANC*), sebagai indikator akses perempuan terhadap pelayanan kesehatan. Persentase persalinan ditolong oleh tenaga terlatih, untuk membantu memahami sejauh mana upaya pemerintah dalam mengembangkan sumber daya manusia untuk memastikan persalinan yang aman demi mencegah kematian ibu; dan
- Ketersediaan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) untuk menjamin persalinan yang aman dan mencegah kematian ibu.

Tabel 5. Situasi Kesehatan Ibu

Kesehatan Ibu	1994-96	2003-05	2012
AKI	420	270	359
Angka Kematian Perinatal		24	26
Angka Kematian Bayi	44.9	31.4	32
Proporsi persalinan ditolong tenaga terlatih	49.7	66.3	83
Ketersediaan Pelayanan Kegawatdaruratan (EmOC)			
Dasar (PONED)			1579
Komprehensif (PONEK)			378
Cakupan pelayanan postpartum			80
Cakupan pelayanan antenatal (ANC)			
Satu kali ANC	82.3	91.5	96.2
Empat kali ANC	63.1	81	87.8

Sumber: Data gabungan WHO, 2000; IDHS, 2012; UN MDG Data, 2012; Kementerian Kesehatan RI, 2011; and SDKI, 2012.

Angka Kematian Ibu (AKI)

AKI merupakan indikator dari suatu sistem kesehatan. Tren AKI hingga tahun 2007 mengalami penurunan, namun meningkat tajam pada tahun 2012 (dari 228 pada tahun 2007 menjadi 359 di 2012). Jumlah kematian ibu tertinggi di kelompok usia 25-29, 30-34, dan 35-39 (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

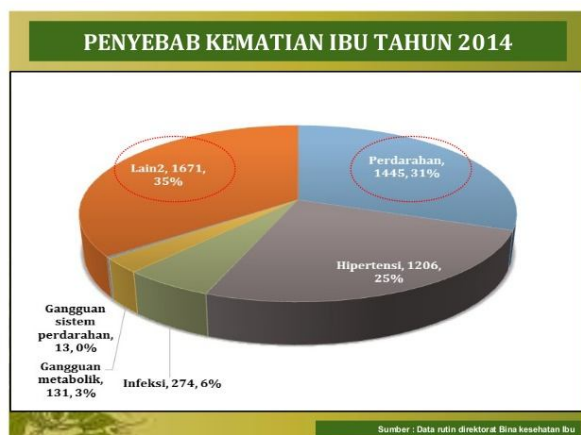
Kesalahan pengambilan sampel seringkali dihinduskan sebagai pemicu tingginya AKI; pada SDKI 2007, kuesioner tentang kematian ibu hanya dibagikan kepada perempuan menikah usia 15-49; sementara pada SDKI 2012 ditanyakan pada semua perempuan usia 15-49 (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013). Singkatnya, segala upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan kesehatan ibu, namun AKI masih tetap di atas 200 selama dekade terakhir (UNICEF-Issue Briefs, 2012).

Hasil Sensus Kependudukan tahun 2010 menunjukkan bahwa 90% kematian ibu terjadi saat atau segera setelah proses persalinan. Persentase tertinggi sejak satu dekade terakhir karena perdarahan. Walaupun

³ICPD Programme of Action. Para 8.20a.

aborsi hanya berkontribusi 1% terhadap kematian ibu, data sesungguhnya mungkin lebih tinggi, bisa mencapai 11% - 15%. Hal ini disebabkan banyaknya kasus aborsi tidak aman tercatat sebagai infeksi dan perdarahan akibat komplikasi persalinan (Yuliandari, 2006; dan Swaminathan, Matsumoto, & Nugent, 2010).

Grafik 3. Penyebab Utama Kematian Ibu



Sumber: Sakti, Gita Maya Koemara. "Kebijakan Kesehatan Ibu dalam Pelayanan Antenatal Terpadu." Materi presentasi disampaikan pada *Pertemuan Orientasi Antenatal Terpadu*, Depok, 11-14 Agustus 2015

Kematian Bayi dan Prenatal

Pemerintah Indonesia sesungguhnya sudah melakukan upaya lebih baik untuk menurunkan kematian bayi dan prenatal. Pada tahun 1990-an, secara konsisten Indonesia menunjukkan kemajuan dalam penurunan angka kematian bayi, termasuk dalam segala hal terkait dengan kematian bayi kematian neonatal. Organisasi naungan PBB untuk anak-anak, UNICEF, mencatat bahwa angka kematian balita di Indonesia menurun signifikan, yakni dari 84 kematian per 1.000 kelahiran pada 1990 menjadi 27 per 1.000 kelahiran pada 2015 (<http://indonesiaunicef.blogspot.co.id/2015/09/laporan-global-unicef-kematian-anak-di.html>).

Tabel 6. Demografi dan Sistem Informasi

Populasi balita (2012)	24.622.394
Jumlah persalinan (2012)	4.736.042
Cakupan registrasi persalinan	53
Cakupan registrasi penyebab kematian	-

Sumber: Data gabungan UN, 2012 and WHO, 2013b.

Sebagian besar kematian anak di Indonesia terjadi ketika baru lahir, yaitu, di bulan pertama dari kehidupannya. Probabilitas kematian pada seorang anak berbeda menurut usianya, yaitu 19 per 1.000 untuk periode neonatal; 15 per 1000 di usia 2 hingga 11 bulan; dan 10 per 1.000 dari usia 1-5 tahun.

Sebagaimana negara-negara berkembang dengan status pendapatan menengah, kematian anak disebabkan oleh infeksi dan penyakit anak lainnya mengalami penurunan, karena membaiknya tingkat pendidikan ibu, sanitasi rumah dan lingkungan, pendapatan, serta akses ke pelayanan kesehatan. Kematian neonatal sekarang menjadi rintangan utama untuk mengurangi kematian anak lebih lanjut. Kebanyakan penyebab kematian neonatal sesungguhnya dapat dicegah (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

Tabel 7. Indikator Status Kesehatan

Bayi lahir mati per 1.000 kelahiran (2009)	15,0
Angka kematian neonatal per 1.000 kelahiran hidup (2012)	15,0
Jumlah kematian neonatal (2012)	72.437
Angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup (2012)	25,8
Jumlah kematian bayi (2012)	124.977
Angka kematian balita (2012)	31,0
Jumlah kematian balita (2012)	151.605

Sumber: Data gabungan WHO, 2013b and UNICEF, WHO, World Bank, UN Pop Div., 2013.

Sementara itu, angka kematian bayi pada tahun-tahun 2008-2012 mencapai 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Ini berarti satu dari tiga puluh dua anak yang lahir di Indonesia meninggal sebelum merayakan ulang tahun pertamanya. Sekitar 60% dari kematian bayi terjadi pada usia 0 bulan, dengan angka kematian neonatal 19 dari 1.000 kelahiran hidup. Sekitar 80% dari kematian anak terjadi antara usia 1 sampai 11 bulan, dengan angka kematian pasca-neonatal 13 dari 1.000 kelahiran hidup (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013). Tiga penyebab utama kematian bayi adalah infeksi saluran pernafasan akut, komplikasi perinatal, dan diare (WHO, 2008a).

Pada 2012-2013, program Jampersal (Jaminan Persalinan) diperkenalkan dengan tujuan untuk mengurangi kematian balita. Program ini menitikberatkan pada 1000 hari pertama setelah kelahiran, dan meningkatkan cakupan dari program gizi dan imunisasi.

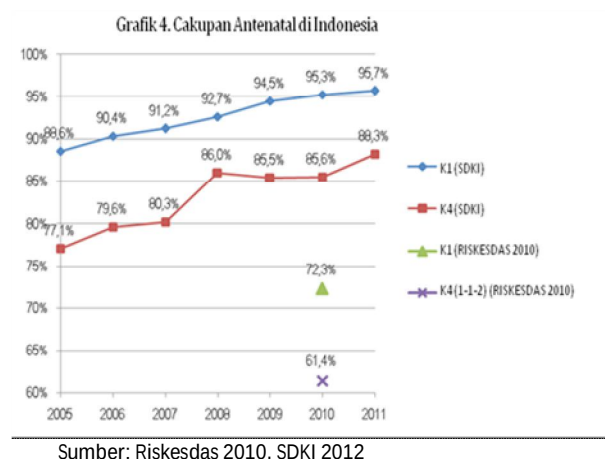
Pelayanan Kehamilan (*Antenatal Care/ANC*)

Cakupan pelayanan antenatal merupakan salah satu indikator untuk mengukur akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi. Dalam upaya menyelamatkan ibu dan bayi, diperlukan minimal empat kali kunjungan antenatal untuk dapat

menentukan jenis intervensi yang dibutuhkan. Data menunjukkan sembilan dari sepuluh ibu hamil menerima ANC dari tenaga medis terlatih (dokter, perawat, atau bidan); dimana 88% diantaranya melakukan empat atau lebih kunjungan ANC. Perempuan di perkotaan cenderung melakukan empat kali atau lebih kunjungan ANC dibandingkan di pedesaan (masing-masing 93% dan 83%) (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

Meskipun sedikit lebih kecil daripada yang ditargetkan Kementerian Kesehatan sebesar 90%, 83% kelahiran telah dibantu oleh tenaga medis (dokter, perawat bidan, atau bidan desa). Persentase perempuan yang melahirkan di fasilitas kesehatan meningkat dari 46% pada tahun 2007 menjadi 63% pada tahun 2012 (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013). Bila perempuan dari kelompok kuintil kekayaan tertinggi mencapai 97% yang persalinannya dibantu tenaga medis, sementara perempuan dari kelompok kuintil kekayaan terendah hanya 57,5%. Data yang sama menunjukkan bahwa 44% dari perempuan hamil mengalami anemia dan berisiko mengalami persalinan prematur, memiliki bayi berat badan lahir rendah, dan lahir mati (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013)

Grafik 4. Cakupan Pelayanan Antenatal



Sebagai upaya untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak, pemerintah Indonesia kemudian meluncurkan Jampersal (Jaminan Persalinan), program asuransi yang menyediakan layanan antenatal, persalinan, dan postpartum (nifas) kepada ibu-ibu secara gratis. Skema pelayanan ini dapat diakses tanpa asuransi kesehatan dan gratis bagi bayi yang baru lahir hingga usia 28 hari, namun, upaya menurunkan angka kematian ibu masih tetap menjadi tantangan (Direktorat Kesehatan Anak, Kementerian Kesehatan, 2012 dikutip dalam Biro Pusat Statistik, NPCB, Depkes, & ICF-International, 2013).

Cakupan Perawatan Masa Nifas dalam Waktu 48 jam Setelah Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Data SDKI 2012 menunjukkan bahwa 80% ibu menerima perawatan nifas dalam dua hari pertama setelah persalinan. Sekitar 78% ibu mendapat perawatan nifas dari tenaga kesehatan terlatih. Hanya 2% ibu yang mendapat perawatan nifas dari dukun bayi, dan biasanya termasuk ibu yang tidak sekolah dan ibu yang melahirkan di tempat selain fasilitas kesehatan (masing-masing 7%) (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

Persentase perawatan nifas dua hari pertama pasca persalinan tertinggi pada ibu usia 20-34 tahun dibandingkan kelompok umur lainnya (di bawah 20 tahun atau 34-49 tahun), terutama mereka yang mengalami persalinan pertama, kedua dan ketiga, dan mereka yang tinggal di perkotaan. Perawatan bayi dalam dua hari pertama setelah kelahiran juga cenderung dilakukan oleh ibu yang berpendidikan tamat SD atau lebih tinggi (45-57%) dibandingkan ibu yang tidak sekolah (21%). Lima puluh delapan persen kelahiran dari ibu dalam kuintil kekayaan teratas mendapatkan perawatan nifas pada dua hari pertama setelah persalinan dibandingkan dengan 35% kelahiran dari kuintil kekayaan terbawah (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

Ketersediaan PONEK dan PONEK

Menyikapi tingginya AKI, Kementerian Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota yang diantaranya mengatur standar pelayanan minimal kesehatan ibu dan anak. Indikator juga telah dirumuskan sebagai tujuan yang harus dicapai di tingkat kabupaten dan kota tingkat. Setiap kabupaten/kota sekurangnya memiliki empat Puskesmas mampu PONEK (Pelayanan Obstetri-Neonatal Emergensi Dasar) (Rahman, 2007). Puskesmas mampu PONEK adalah Puskesmas rawat inap yang mampu menyelenggarakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar dalam 24 jam sehari dan 7 hari seminggu (Kementerian Kesehatan RI, 2013c). Pada tahun 2011, ada sekitar 1.579 Puskesmas PONEK; sedangkan jumlah rumah sakit PONEK (Pelayanan Obstetri-Neonatal Emergensi Komprehensif) mencapai 378 di tahun yang sama. Keberadaan Puskesmas PONEK, diharapkan dapat menurunkan komplikasi pada ibu dan bayi karena proses persalinan. Pada kasus-kasus dimana komplikasi persalinan tidak dapat ditangani di

Puskesmas PONEK, ibu atau bayinya dapat dirujuk ke rumah sakit PONEK (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Hanya saja, masih banyak tenaga kesehatan terlatih yang belum memenuhi standar PONEK dan PONEK. Hanya 20% Puskesmas mampu PONEK dan 80% rumah sakit mampu PONEK. Masih sangat terbatas sekali data yang melaporkan ketersediaan sistem rujukan pelayanan obstetric neonatal emergensi, khususnya di wilayah pedesaan (WHO, 2006). Lebih jauh, sekitar 65% diantaranya tidak memiliki transfuse darah dan ini berarti tidak memenuhi standar dasar pelayanan operasi caesar (Yuliandari, 2006).

Kesehatan Seksual dan Reproduksi Remaja

Program Aksi ICPD mendesak pemerintah untuk memberikan perhatian pada isu-isu kesehatan seksual dan reproduksi remaja, termasuk kehamilan tak diinginkan, aborsi tidak aman, dan infeksi menular seksual termasuk HIV & AIDS. Program Aksi ini juga mendorong untuk menurunkan kehamilan remaja.

Menindaklanjuti Program Aksi ICPD, pemerintah Indonesia mengimplementasikan program kesehatan reproduksi remaja (KRR). PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) merupakan program Dinas Kesehatan yang sudah dijalankan oleh Puskesmas sejak tahun 2003. Macam-macam pelayanan yang diberikan PKPR yaitu meliputi konseling/curhat, pemeriksaan kesehatan, pengobatan penyakit, penyuluhan kesehatan melalui diskusi dan dialog (<http://pkprdepkes.blogspot.co.id/>). Sedangkan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIKR) merupakan suatu wadah kegiatan program PKBR (Penyiapan Kehidupan Berkeluarga Bagi Remaja) yang dikelola dari, oleh dan untuk remaja guna memberikan pelayanan informasi dan konseling kesehatan reproduksi serta penyiapan kehidupan berkeluarga. Program PIK-R ini dicanangkan BKKBN dan hanya meliputi pelayanan informasi dan konseling tanpa pelayanan tindak lanjut seperti PKPR (<http://guetau.com/informasi/hksr/pkpr-dan-pik-remaja-efektif-atau-tidak.html>).

Bagian ini akan melihat indikator yang menggambarkan status hak-hak dan kesehatan seksual dan reproduksi remaja di Indonesia:

- Angka kelahiran pada remaja, dan
- Ketersediaan pelayanan KRR.

Angka Kelahiran pada Remaja

Menurut *United Nations Development Economic and Social Affairs* (UNDESA, 2010 dalam Infodatin, 2016),

Indonesia termasuk Negara ke 37 dengan persentase perkawinan usia muda yang tinggi dan merupakan tertinggi kedua di ASEAN setelah Kamboja. Pada tahun 2010, terdapat 158 Negara dengan usia legal minimal perempuan menikah adalah 18 tahun, namun di Indonesia batas usia minimal untuk perempuan adalah 16 tahun.

Ada peningkatan usia nikah pertama dalam dua dekade terakhir, dimana perempuan dengan tingkat pendidikan lebih tinggi cenderung menikah pada usia yang lebih dewasa. Pada tahun 2002-03, usia rata-rata perkawinan meningkat dari 17 tahun menjadi 20 tahun (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013). Proporsi perempuan usia 15 sampai 19 tahun yang melahirkan juga mengalami peningkatan dari 9% di tahun 2007 menjadi 10% di tahun 2012 (WHO, 2006; BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013, 2013). Perkawinan di usia anak memang masih banyak terjadi, khususnya di daerah pedesaan. Penelitian yang dilakukan pada tahun 2009 menunjukkan bahwa ada sebanyak 690.000 perkawinan anak (usia bawah 18 tahun), bahkan terkadang masih berusia 13 tahun. Walaupun masih muda usia, banyak diantaranya yang langsung memiliki anak segera setelah perkawinan. Data persalinan di usia anak berbeda-beda antara satu propinsi dengan propinsi lainnya (Amnesty International, 2010).

Angka kelahiran pada remaja (*the adolescent birth rate/ABR*), masih sangat tinggi di Indonesia, yaitu 48,0 per 1000 perempuan pada tahun 2010. Perkawinan anak seringkali berujung pada persalinan di usia muda, dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayinya. Saat persalinan ditunda, maka kesehatan ibu dan bayinya menjadi lebih baik. Pemerintah (melalui BKKBN) aktif mengkampanyekan penundaan usia nikah bagi anak perempuan dan anak laki-laki, batasan usia yang disarankan adalah 21 tahun untuk anak perempuan dan 24 tahun untuk anak laki-laki. Kebijakan ini bertentangan dengan CEDAW yang mengutamakan kesamaan hak bagi perempuan dan laki-laki (WHO, 2006).

Ketersediaan Pelayanan KRR

Akses remaja dan orang muda terhadap pendidikan seks dan pelayanan HKSR yang komprehensif dan ramah remaja masih terhalang oleh nilai-nilai budaya dan pemahaman agama yang kaku yang menganggap bahwa pernikahan, formasi keluarga dan persalinan sebagai nilai-nilai yang harus dipromosikan. Pelayanan HKSR untuk kelompok belum menikah, masih 'belum tersedia, dan tidak disarankan sekalipun ada. Ini berarti bertentangan dengan komitmen pemerintah yang telah meratifikasi sejumlah kesepakatan internasional untuk menyediakan pelayanan HKSR

kepada seluruharganya. Bahkan, pendidikan seks dan kesehatan reproduksi masih dianggap “sensitif” (Utomo, McDonald, Anna Reimondos, & Utomo, 2012).

Karena itu, bukan hal yang luar biasa bila pengetahuan remaja tentang HKSR masih rendah. Kurang dari separuh remaja yang tahu mengenai proses reproduksi manusia dan kurang dari 30% tahu cara-cara pencegahan penularan HIV & AIDS (WHO, 2006). Kebutuhan terhadap pendidikan seks yang komprehensif di sekolah masih menjadi perdebatan. Orangtua dan pemuka agama masih keberatan materi tersebut diberikan di sekolah-sekolah (Utomo, McDonald, Anna Reimondos, & Utomo, 2012).

Fakta menunjukkan bahwa remaja belum menikah masih tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan reproduksi. Walaupun beberapa klinik menyatakan menyediakan pelayanan, kenyataannya perempuan usia 15-19 masih menghadapi lebih banyak masalah dalam mengakses pelayanan dibandingkan perempuan yang lebih dewasa. Sekitar 38.3% perempuan usia 15-19 yang menyatakan sulit mengakses pelayanan yang dimaksud karena faktor-faktor diantaranya (2003):

- **Mahalnya** biaya pelayanan;
- **Stigma** dari keluarga dan teman-teman;
- **Lamanya waktu tunggu** pelayanan dan hasilnya;

- **Kurang terjaga privacy** dan kerahasiaan;
- **Norma-norma tradisional tentang ketidakadilan gender**;
- **Tabu** bagi perempuan tidak menikah yang mencari pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi.

Kendala-kendala seperti ini utamanya dihadapi oleh perempuan yang tinggal di daerah pedesaan (IPPF; UNFPA; and the Global Coalition on Women and AIDS, 2009).

Undang-undang No. 52/2009 mengenai Kependudukan dan Kesejahteraan Keluarga menyatakan bahwa pemerintah hanya menyediakan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi untuk perempuan menikah (Utomo, McDonald, Anna Reimondos, & Utomo, 2012). Informasi tentang kesehatan reproduksi dan keluarga berencana hanya tersedia untuk pasangan yang sudah menikah, karena itu pengetahuan remaja putri tentang kontrasepsi masih sangat rendah. Program KRR untuk mereka yang belum menikah berusia 10-24 tahun ditekankan kepada isu-isu moral dan promosi abstinensi (tidak berhubungan seks) (WHO, 2006).

Perempuan-perempuan Indonesia Selamat Melewati Proses Persalinan Karena Dukungan dari Suami, Masyarakat, dan Tokoh Agama

Ketika Siti Aminah mengalami perdarahan hebat pada kelahiran anak keduanya, dia tidak seketika menjadi catatan suram di Negara dimana dalam setiap jam ada dua ibu meninggal karena proses kehamilan dan persalinan. Sebaliknya, Siti segera dibawa ke fasilitas kesehatan oleh suami dan keluarganya menggunakan ambulance desa dan mendapatkan donor darah dari tetangga-tetangga dan teman-temannya.

Program lima tahun keselamatan ibu yang komprehensif yang melibatkan *U.S. Agency for International Development* (USAID), pemerintah Indonesia, Badan Kesehatan Dunia (WHO), BKKBN, dan beberapa LSM melakukan respon terkordinasi untuk menyelamatkan nyawa Siti. Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) terdiri dari beberapa kampanye kesadaran masyarakat, termasuk Suami Siaga, Bidan Siaga dan Desa Siaga.

JHPIEGO, afiliasi dari Johns Hopkins University, dan Sekolah Kesehatan Masyarakat/Pusat Program Komunikasi (*Center for Communication Programmes/CCP*) Johns Hopkins Bloomberg membantu implementasi program di Indonesia. Menurut peneliti CCP, hasil survey midline menemukan bahwa 60 persen perempuan yang terpapar kampanye Bidan Siaga menyarankan masyarakat untuk menggunakan tenaga bidan.

Suami Siaga dimulai pada tahun 1998 agar para suami terlibat aktif menyelamatkan ibu selama proses kehamilan dan persalinan. Fokus dari Desa Siaga adalah melibatkan seluruh anggota masyarakat dalam program keselamatan ibu. Siti Aminah beruntung tinggal di salah satu Desa Siaga dengan masyarakat yang juga siaga, segera merespon saat kondisinya dalam keadaan kritis. Bidan Siaga diperkenalkan pada tahun 2002 untuk mempromosikan pemanfaatan bidan dan keterampilannya. Konsep berbagi tanggung jawab untuk kesehatan ibu menjadi landasan USAID mendukung program KIA di Indonesia.

Program KIA berlangsung terutama di dua provinsi, Jawa Barat dan Banten, yang memiliki populasi gabungan dari 42 juta. Suami Siaga, Bidan Siaga, dan Desa Siaga memanfaatkan radio, televisi, materi cetak, kegiatan khusus, dan program pelatihan untuk menjangkau keluarga dan masyarakat Indonesia dengan konsep siaga terhadap kondisi kegawatdaruratan selama proses persalinan.

Di tingkat masyarakat, setiap warga didorong untuk membantu pengadaan transportasi ke rumah sakit, menyediakan dana, mendonorkan darah, dan mengenali tanda-tanda bahaya. Suami diajarkan untuk siaga terhadap persalinan dan potensi komplikasi, sedangkan bidan dilatih untuk tahu kapan waktu yang tepat merujuk perempuan ke fasilitas kesehatan.

Sumber: Gianelli, Leslie. 2004. *Indonesian mothers survive childbirth more often with support from husbands, community, faith-based groups*. Diunduh dari: www.jhpiego.org/media/releases/nr20040505.html

Angka kematian ibu menurut SDKI sempat menurun menjadi 309/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2003 dari 390/100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994. Angka ini terus menurun menjadi 228/100.000 pada tahun 2007. Hanya saja, program-program yang ada perlu ditinjau kembali mengingat angka kematian ibu kemudian meningkat lagi hingga 359/100.000 pada tahun 2012 (BKKBN, BPS, Kemenkes RI, & ICF-International, 2013).

Selama remaja dan perempuan belum menikah didiskriminasi oleh undang-undang, menyebabkan pembatasan terhadap perempuan belum menikah untuk dapat mengakses informasi dan pelayanan kontrasepsi. Menempatkan mereka pada posisi riskan mengalami kehamilan tidak diinginkan, tertular infeksi menular seksual dan berbagai bentuk pelanggaran hak asasi manusia. Sebagai contoh, remaja yang hamil seringkali ter(di)paksa berhenti sekolah. Mereka tidak

diterima secara social, sehingga mereka ter(di)paksa untuk menikah. Hal lain, mereka mungkin mencari pelayanan aborsi, walaupun berhadapan dengan risiko kesehatan termasuk masalah kesehatan yang serius hingga kematian (Amnesty International, 2010).

HIV & AIDS

Prevalensi HIV di antara populasi yang berbeda dan jumlah kasus orang hidup dengan HIV atau AIDS menunjukkan status kesehatan seksual di masyarakat.⁴ Pada bagian ini, indikator yang akan dilihat adalah:

- Prevalensi HIV dan kendala-kendala, dan
- Ketersediaan pelayanan HIV dan AIDS.

Prevalensi HIV dan Permasalahan

Di Indonesia, HIV & AIDS pertama kali ditemukan di provinsi Bali pada tahun 1987. Hingga saat ini, HIV & AIDS sudah menyebar di 386 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Gambar 5 memperlihatkan adanya kecenderungan peningkatan jumlah kasus HIV dari tahun ke tahun. Sebaliknya jumlah kasus AIDS menunjukkan kecenderungan meningkat secara lambat bahkan sejak tahun 2012 jumlah kasus AIDS mulai menurun. Jumlah kumulatif penderita HIV dari tahun 1987 sampai September 2014 sebanyak 150.296 orang, sedangkan total kumulatif kasus AIDS sebanyak 55.799 orang (Kemenkes RI, 2014).

Awalnya, penularan HIV & AIDS kebanyakan karena penggunaan jarum suntik secara bersama-sama. Setelah beberapa tahun, tren berubah menjadi penularan karena hubungan seks. Pada tahun 2012, sebagian besar penularan HIV & AIDS (77,4%) terjadi akibat hubungan seks yang tidak aman. Menurut Kemenkes RI, sekurangnya 3,3 juta laki-laki “pembeli” seks, 80% diantaranya tidak bersedia menggunakan kondom. Hal ini menyebabkan keterpaparan perempuan mengingat 2,2 juta perempuan menikah dengan laki-laki yang membayar untuk seks (Adian, 2013).

Pola penularan HIV berdasarkan kelompok umur pada tahun 2014, didominasi oleh kelompok usia produktif 25-49 tahun (71%), sementara orang muda usia 15 sampai 24 tahun mencapai 19%. Berdasarkan kelompok berisiko, kasus AIDS di Indonesia paling banyak terjadi pada kelompok heteroseksual (61,5%), diikuti pengguna narkoba suntik atau IDU (15,2%), homoseksual (2,4%), dan kelompok “lain-lain” (17,1%), dan kelompok ‘laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki atau LSL’ (14%) (Kemenkes RI, 2014).

Ketersediaan Pelayanan HIV & AIDS

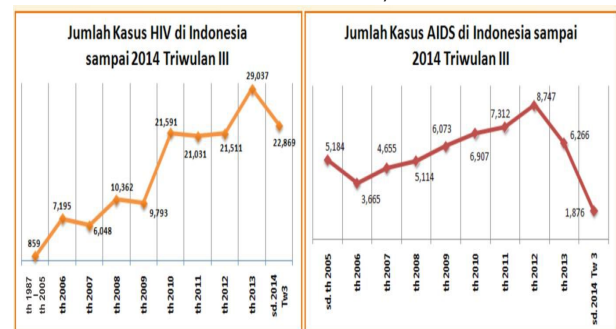
⁴Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2012). Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS epidemic: 2012. [Geneva]: UNAIDS. Retrieved from http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf.

Voluntary and confidential testing (VCT) atau dalam bahasa Indonesia pelayanan konseling dan tes sukarela (KTS) HIV & AIDS mulai diperkenalkan pada tahun 2006 dengan model utama layanan adalah tes HIV atas inisiatif klien. Namun ternyata, cakupan layanan KTS terbatas karena masih adanya ketakutan akan stigma dan diskriminasi serta kebanyakan orang tidak merasa dirinya berisiko tertular HIV meskipun berada di daerah atau di kelompok prevalensi tinggi. Untuk memperluas jangkauan KTS dan juga untuk meningkatkan cakupan, pemerintah melakukan pendekatan lain melalui tes HIV atas inisiatif pemberi layanan kesehatan dan konseling (TIPK) atau *provider-initiated HIV testing and counselling* (PIT C) (Kemenkes RI, 2013d).

Pada bulan Desember 2011, Kemenkes RI melaporkan 500 lokasi aktif pelayanan konseling dan tes HIV di 33 provinsi, meningkat dari 156 lokasi di 27 provinsi di tahun 2009. Walaupun demikian, pengetahuan masyarakat tentang ketersediaan pelayanan masih terbatas. Pada tahun 2010, Hanya 6% dari populasi 15 tahun ke atas tahu tentang pelayanan VCT. Proporsi ini sama antara laki-laki dan perempuan di pedesaan yaitu 4%. Orang dari kuintil kekayaan tertinggi memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang pelayanan VCT dan pencegahan HIV. Masalah kerahasiaan dan takut akan stigma dan diskriminasi masih mendominasi menjadi penghalang meningkatnya pemahaman tentang VCT (UNICEF Indonesia, 2012).

Terapi Antiretroviral disubsidi sepenuhnya oleh pemerintah untuk orang yang hidup dengan HIV, walaupun pada kenyataannya tidak selalu tersedia di di semua wilayah. Pelayanan kesehatan untuk orang yang hidup dengan HIV masih sangat jarang, tetapi sudah ada lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang menyediakan pelayanan telepon hotline untuk masyarakat umum (termasuk orang muda) untuk mendapatkan informasi dan pelayanan HIV & AIDS serta isu-isu kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi lainnya.

Grafik 5. Jumlah Kasus HIV & AIDS, 1987 - 2014



Sumber: Ditjen PP & PL, Kemenkes RI, 2014

Di Indonesia, panduan PMTCT nasional sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 2005. Setiap perempuan hamil ditawarkan untuk tes, terutama di wilayah dengan prevalensi tinggi. Tes VCT dan PMTCT dilakukan di klinik ibu dan anak. Walaupun demikian, proporsi perempuan hamil yang mendapatkan tes dan orang dengan HIV-positif yang menerima terapi antiretroviral masih sangat sedikit. Kurang dari 1% dari perempuan hamil yang telah melakukan tes HIV di tahun 2008. Pada tahun 2011, hanya 15.7% perempuan hamil dengan AIDS yang menerima ARV untuk mencegah penularan ibu ke anak. Masih belum jelas mengapa kebanyakan ibu hamil yang positif HIV tidak mendapatkan pengobatan. Kemungkinannya karena takut akan stigma, tidak terjaganya kerahasiaan, kurangnya dukungan dari suami, keluarga dan masyarakat, lemahnya kualitas pelayanan dan petugas kesehatan yang tidak simpatik (UNICEF Indonesia, 2012).

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) menitikberatkan kesulitan yang harus dihadapi anak-anak yang terinfeksi HIV & AIDS. Akses terhadap pendidikan dan pelayanan kesehatan masih sangat terbatas. Selain karena isu-isu stigma dan diskriminasi, juga karena kesulitan keuangan keluarga. Angka estimasi anak terinfeksi mengalami peningkatan dari 1.070 pada tahun 2008 menjadi 1.590 pada 2014 (UNICEF Indonesia, 2012). Dari 33.114 orang dengan HIV yang menerima *anti retro viral* (ARV) hingga Maret 2013, 96% (31.682) adalah orang dewasa dan 4% (1.432) anak-anak. Penggunaan regimen lini pertama (*first liner*) mencapai 95,4% (31.589 orang) sedangkan lini kedua 4,6% (1.525 orang) (Kemenkes RI, 2013b).

Keluarga dan anak-anak yang hidup dengan HIV & AIDS menjadi subjek utama terhadap stigma dan diskriminasi, yang bisa diterjemahkan sebagai berkurangnya akses terhadap pelayanan, hilangnya harga diri, dan bertambahnya derajat kemiskinan dan keterpurukan. Di Tanah Papua, hanya 20,2% dari siswa sekolah dan 15% remaja putus sekolah yang mempunyai sikap menerima terhadap orang yang hidup dengan HIV. Ketakutan diantara mereka menciptakan resistansi terhadap tes HIV, malu mencari pelayanan kesehatan, dan dalam beberapa kasus, enggan untuk menerima informasi. Kondisi semua ini menyebabkan sulitnya mengendalikan epidemik.

Ketersediaan Pelayanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi pada Tingkat Pelayanan yang Berbeda

Indonesia terdiri dari 33 provinsi dan masing-masing provinsi terdiri dari beberapa kabupaten dan setiap

kabupaten terdiri dari beberapa kecamatan. Sejak pemerintah menerapkan desentralisasi, 349 kabupaten dan 91 kota sekarang menjadi unit administratif kunci. Setiap kecamatan memiliki setidaknya satu Puskesmas yang dikepalai oleh seorang dokter, biasanya didukung oleh dua atau tiga pustu (puskesmas pembantu), yang umumnya dipimpin oleh seorang perawat (Amnesty International, 2010).

Pelayanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi (KSR) bisa di dapat di fasilitas pelayanan primer dan rumah sakit di tingkat kabupaten dan tingkat propinsi. Hanya saja, pelayanan yang tersedia belum tentu bisa diakses setiap orang, khususnya perempuan yang belum menikah. Bidan, staf pemerintah, dan dokter tidak memberikan pelayanan kesehatan reproduksi kepada perempuan yang belum menikah, termasuk kontrasepsi dan keluarga berencana. Walaupun petugas kesehatan tidak secara langsung merujuk kepada UU (UU Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga No. 52/2009), mereka menjelaskan bahwa penyediaan KB hanya untuk pasangan menikah. Dinas Kesehatan dan pejabat pemerintah lainnya juga menguatkan bahwa pelayanan kontrasepsi dan KB hanya ditujukan kepada pasangan menikah sesuai dengan hukum dan kebijakan yang berlaku (Amnesty International, 2010).

Walaupun pemerintah sudah mengumumkan program pelayanan peduli remaja, namun pelaksanaannya masih belum dilakukan secara komprehensif di seluruh wilayah di Indonesia. Informasi KRR di tingkat nasional dan provinsi masih terlihat banyak kekurangan atau tidak memadai. Tidak ada standar kualitas untuk kegiatan kepemudaan, pelatihan pendidik dan konselor sebaya, atau isi materi substansi. Fokus utama informasi dan konseling bagi remaja cenderung menekankan moralitas dan mempromosikan tidak hubungan seks (abstinen). Isi informasi, pendidikan, dan materi komunikasi dan konseling tidak cukup untuk mengatasi masalah dan isu-isu kesehatan seksual dan reproduksi remaja (WHO, 2006).

Akses ke pelayanan kesehatan dianggap masih perlu ditingkatkan, terutama dari sisi jumlah, distribusi tenaga kesehatan dan profesional. Dengan lebih dari 8.000 puskesmas (1 per 23.000 orang), sistem penjangkauan yang luas, dan lebih dari 1.250 rumah sakit umum dan swasta, akses ke layanan sudah tersedia untuk semua orang kecuali di daerah terpencil. Namun, kualitas infrastruktur, fungsi, dan ketersediaan peralatan dan pasokan terkait kesehatan seksual dan reproduksi masih menjadi masalah kunci. Negara masih kekurangan praktisi dokter umum (39 per 100,000 orang), dokter spesialis (10,5 per 100,000 orang), dan perawat (158 per 100,000 orang) (FPSB Indonesia, 2014), khususnya di pedesaan dan area

pedalaman (World Bank, 2008). Tidak hanya jumlah dokter dan spesialis yang terlalu sedikit, juga sebarannya sangat tidak merata di seluruh wilayah Indonesia.

Rekomendasi

Kontrasepsi

- Menghilangkan kesenjangan akses terhadap layanan kontrasepsi berkualitas untuk semua, termasuk kelompok kuintil kekayaan terendah, remaja, dan kelompok di daerah terpencil dan kurang terlayani.
- Memperkuat sistem keamanan pasokan kontrasepsi untuk mencegah kehabisan stok, terutama dalam konteks cakupan kesehatan universal (Jaminan Kesehatan Nasional/JKN) yang telah dilaksanakan sejak tahun 2014.
- Revitalisasi petugas lapangan keluarga berencana dan lebih melibatkan lembaga keagamaan.

Kematian Ibu

- Meningkatkan ketersediaan pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas. Termasuk pelatihan pra-layanan berstandar tinggi untuk dokter dan bidan, rekrutmen, penempatan, pembagian kerja yang jelas serta bimbingan/pengawasan terhadap seluruh petugas kesehatan, standar minimum untuk fasilitas kesehatan dan sistem rujukan yang mudah diakses sesuai dengan kebutuhan dan situasi setempat.
- Diimplementasikannya Peraturan Menteri Kesehatan no. 3/2016 tentang tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan sebagai aturan pelaksanaan Peraturan Pemerintah no 61/2014 tentang Kesehatan Reproduksi untuk melindungi petugas kesehatan yang melakukan layanan aborsi untuk kasus-kasus perkosaan seperti yang tersebut dalam UU No 36/2009 tentang Kesehatan, termasuk perkosaan yang diakui dalam UU No. 23/2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga. Aborsi adalah penyumbang kematian ibu yang signifikan di Indonesia, meski angka pastinya tidak diketahui. Aborsi diperbolehkan sampai enam minggu untuk kasus pemerkosaan.
- Memantau paket kesehatan ibu termasuk dalam cakupan kesehatan universal (skema Jaminan Kesehatan Nasional) yang diperkenalkan sejak Januari 2014.

- Penguatan PONED (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar), termasuk identifikasi sumber daya manusia dan dana.
- Review kualitas pelayanan di lembaga, termasuk audit kematian untuk setiap kematian ibu.

Kesehatan Seksual dan Reproduksi Remaja dan Orang Muda

- Revisi UU No. 10/1974 tentang Perkawinan untuk menaikkan usia nikah pertama untuk anak perempuan dan laki-laki.
- Dukungan kegiatan-kegiatan pemberdayaan remaja dan orang muda terkait HKSR untuk mencegah perilaku berisiko, terinfeksi HIV, dan/atau kehamilan remaja.
- Menyediakan akses layanan aborsi dan pasca-aborsi yang aman bagi perempuan dan remaja perempuan yang membutuhkan
- Memasukkan Program pendidikan seksualitas yang komprehensif di semua kurikulum sekolah, baik sekolah negeri, sekolah swasta maupun sekolah berbasis agama.
- Memperkuat dan meningkatkan komitmen dan partisipasi orang muda di semua tingkatan program dan kebijakan pembangunan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan hingga monitoring dan evaluasi.

HIV/AIDS

- Memastikan bahwa setiap orang dengan HIV positif memiliki akses ke layanan kesehatan tanpa diskriminasi.
- Memastikan bahwa akses pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi terjangkau dan sensitif gender untuk semua orang tanpa stigma dan diskriminasi, serta menegakkan hak-hak individu untuk privasi dan kerahasiaan atas layanan yang diberikan.
- .
- Melakukan evaluasi, penguatan, dan peningkatan segala upaya untuk mengintegrasikan layanan kesehatan seksual dan reproduksi dengan dengan layanan HIV.
- Meningkatkan akses ke layanan berkualitas bagi ibu hamil dengan HIV, dan segala upaya harus dilakukan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi yang dihadapi mereka dalam mengakses layanan kegawatdaruratan.
- Membangun respon terpadu yang komprehensif dan berbasis hak bagi orang yang hidup dengan HIV dan AIDS, untuk mengurangi diskriminasi dan stigma dan petugas kesehatan mengakui hak-hak mereka.

Ketersediaan Pelayanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi

- Meningkatkan pembiayaan kesehatan untuk memastikan ketersediaan sumber daya kesehatan, terutama pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi dan terus melakukan advokasi kepada semua pengambil kebijakan untuk meningkatkan anggaran kesehatan setidaknya 5% dari anggaran negara nasional.
- Memastikan remaja mampu mengakses pelayanan, informasi dan konseling terkait kesehatan seksual dan reproduksi. Kurikulum pendidikan seks yang komprehensif baik di dalam maupun di luar sekolah harus terus institusionalkan. Batasan usia yang mempengaruhi anak-anak yang ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berbeda harus dipastikan tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip dan ketentuan-ketentuan konvensi internasional.
- Adanya kebijakan yang mengatur kekerasan dan segala bentuk praktek-praktek yang membahayakan perempuan serta memastikan pelaksanaannya.
-

Daftar Pustaka

- Amnesty International. (2010). *Left Without A Choice: Barriers to Reproductive Health in Indonesia*. Retrieved March 5, 2014, from http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/AmnestyInternational_for_PSWG_en_Indonesia.pdf
- Adian (ed). (2013). *Penyebaran AIDS di Indonesia tercepat di Asia*. Retrieved March 19, 2014, from <http://lampost.co/berita/penyebaran-aids-di-indonesia-tercepat-di-asia->
- ARROW. (2013). Advocate's guide: strategic indicators for universal access to sexual and reproductive health and rights
- Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). (2006). *Rights and Realities : Monitoring Reports on the Status of Indonesian Women's Sexual and Reproductive Health and Rights*.
- Badan Pusat Statistik (2017). *Statistik Indonesia 2017*. Jakarta:Badan Pusat Statistik.
- BKKBN, BPS, Kemenkes RI, Measure DHS & ICF International. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta: BKKBN, BPS, Kemenkes RI, Measure DHS & ICF International.
- Chee, Grace, Michael Borowitz, and Andrew Barraclough.(2009). *Private Sector Health Care in Indonesia*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project. Abt Associates Inc.
- Development Indicators Unit Statistics Division. (2015). "Millenium Development Goals: the Official United Nations Site for the MDG Indicator." <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>. Diunduh pada tanggal 10 Maret 2016.
- Dwicaksono, A., & Setiawan, A. D. (2013). *Policy and Budget Monitoring of Indonesia Government's Commitments on Maternal Health*. Bandung, Indonesia: Perkumpulan INISIATIF.
- FPSB Indonesia. (2014). *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Universal Health Coverage 2014*. Retrieved March 4, 2014, from http://www.fpsbindonesia.net/download/inagurasi/bpjs&healthcare_macro_indonesia.pdf.
- Jones, Gavin & S.M. Adioetomo. (2014). *Health Sector Review: Fertility, Family Planning and Reproductive Health*. Indonesia: Kementerian PPN/Bappenas
- IPPF, UNFPA, and the Global Coalition on Women and AIDS. (2009). *Report Card HIV Prevention for Girls and Young Women: Indonesia*. IPPF, UNFPA, the Global Coalition on Women and AIDS.
- Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI. (2014). *Situasi dan Analisis HIV AIDS*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2013b). *Laporan HIV AIDS Triwulan I Tahun 2013*. Retrieved March 19, 2014, from http://www.aidsindonesia.or.id/ck_uploads/files/Laporan%20HIV%20AIDS%20TW%201%202013%20FINAL.pdf
- Kemenkes RI. (2013). *Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONED*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2013a). *Workshop Peningkatan Efektivitas Kinerja PONED dan PONEK*. Retrieved March 18, 2014, from Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI: <http://buk.depkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2013c). *Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONED*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2013d). *Pedoman Nasional Tes dan Konseling HIV dan AIDS*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2011). *Menuju Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan: Kinerja Dua Tahun Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2009-2011*. Jakarta, Indonesia: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2010). (2010). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI.
- NFPCB, Central Bureau of Statistics, MOH, & ICF-International. (2013). *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakarta, Indonesia: NFPCB,

- Central Bureau of Statistics, MOH, & ICF-International.
- Pusat Data dan Informasi (INFODATIN) Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: INFODATIN
- Rahayu, R., Utomo, I., & McDonald, a. P. (2009). *Contraceptive Use Pattern among Married Women in Indonesia*. Retrieved March 17, 2014, from http://www.fpconference2009.org/media/DIR_169701/15f1ae857ca97193ffff83a6fffd524.pdf
- Rahman, A. (2007). AKI yang tak Pernah Mau Turun. *Jurnal Perempuan* 53, 39-50.
- Rumah Kitab. (2013). *Peta Pandangan Keagamaan Tentang Keluarga Berencana: Hasil Penelitian Lapangan Yayasan Rumah Kita Bersama di Jakarta, Bogor, Cirebon, Yogyakarta, Surakarta dan Malang*. Jakarta: Yayasan Rumah Kita Bersama & Ford Foundation.
- Sakti, Gita Maya Koemara. "Kebijakan Kesehatan Ibu dalam Pelayanan Antenatal Terpadu." Materi presentasi disampaikan pada *Pertemuan Orientasi Antenatal Terpadu*, Depok, 11-14 Agustus 2015
- Swaminathan, S., Matsumoto, T., & Nugent, a. J. (2010). *Midwives and Maternal Mortality: How Effective Has Indonesia's Village Midwife Program Been?* Retrieved March 17, 2014, from <https://dornsife.usc.edu/IEPR/Publications/documents/IEPRWorkingPaper11-11.pdf>.
- UNICEF Indonesia. (2012). *Issue Briefs*. Diunduh pada 10 Maret 2014, from Responding to HIV and AIDS: http://www.unicef.org/indonesia/A4-E_Issue_Brief_HIV_REV.pdf.
- UNFPA. (2013) Indonesia: The ICPD+20 and the Unfinished Agenda.
- UNICEF Indonesia. (2012). *Issue Briefs*. Retrieved March 10, 2014, from Responding to HIV and AIDS: http://www.unicef.org/indonesia/A4-E_Issue_Brief_HIV_REV.pdf
- UNICEF, WHO, The World Bank, UN Pop Div. Levels and Trends in Child Mortality, Report 2013. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2012. *World Population Prospects: The 2012 Revision*.
- Utomo, I. D., McDonald, P., Anna Reimondos, T. H., & Utomo, a. A. (2012). *The 2010 Greater Jakarta Transition to Adulthood Study. Policy Brief No. 5. Reproductive Health Services for Single Young Adults*. Retrieved March 5, 2014, from http://adsri.anu.edu.au/sites/default/files/research/transition-to-adulthood/Policy_Brief_%235_RH_Service.pdf
- WHO. (2014). *Countries: Indonesia*. Retrieved March 3, 2014, from WHO: <http://www.who.int/countries/idn/en/>
- WHO. 2014. *World Health Statistics 2013*. Geneva: World Health Organization
- WHO.(2013). Indonesia profile. Retrieved on 9th April 2014 from <http://ino.searo.who.int/EN/Section3.htm>
- WHO. 2013b. *Global Health Observatory Data Repository*, Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2008a). *WHO Country Cooperation Strategy 2007-2011: Indonesia*. New Delhi: World Health Organization.
- WHO. (2008b). *National Health Accounts [electronic database]*.
- WHO. (2006). *Using Human Rights for Maternal and Neonatal Health: A Tool for Strengthening Laws, Policies and Standards of Care. A Report of Indonesia Field Test Analysis*. Jakarta: WHO, Ministry of Health of the Republic of Indonesia.
- The World Bank. (2014). *Health expenditure, total (% of GDP)*. Retrieved March 4, 2014, from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/countries?page=1&display=default>
- Yuliandari, E. (2006.). *Maternal Mortality. Rights and Realities: Monitoring Reports on the Status of Indonesian Women's Sexual and Reproductive Health and Rights: Findings from the Indonesian Reproductive Health and Rights Monitoring and Advocacy (IRRMA) Project*. Kuala Lumpur, Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Center for Women (ARROW). www.jhpiego.org/media/releases/nr20040505.htm
- <http://duaanak.com/berita-utama/kkb-kencana-apa-dan-bagaimana-ii/> (diunduh pada tanggal 1 Maret 2016)
- <http://indonesiaunicef.blogspot.co.id/2015/09/laporan-global-unicef-kematian-anak-di.html> (diunduh pada tanggal 1 Maret 2016)
- <http://www.jhpiego.org/media/releases/nr20040505.html>
- <http://pkprdepkes.blogspot.co.id/>
- http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@asia/@ro-bangkok/@ilo.../wcms_346599.pdf (diunduh pada tanggal 4 Desember 2017)
- <http://independen.id/read/data/390/tinggi-anggaran-kesehatan-salah-peruntukan/> (diunduh pada tanggal 4 Desember 2017)
- <https://www.kemenkeu.go.id/apbn2017> (diunduh pada tanggal 4 Desember 2017)

Tentang Yayasan Kesehatan Perempuan

Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) adalah lembaga sosial/nir-laba yang didirikan pada tanggal 19 Juni 2001 di Jakarta oleh para aktivis yang peduli terhadap kondisi kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia dengan cara merespon langsung berbagai isu sekitar kesehatan reproduksi dan hak-hak seksualitas perempuan yang saat ini dianggap kontroversial. Dalam perjalanannya selanjutnya, YKP menjalankan strategi yang sistematis difokuskan pada pemenuhan hak-hak kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan yang masih terabaikan.

Visi:

Terwujudnya masyarakat Indonesia yang menjamin setiap perempuan mendapatkan hak-hak reproduksinya tanpa diskriminasi, perlakuan buruk, dan tekanan serta kekerasan dari pihak manapun sehingga terbebas dari eksploitasi, kesakitan dan kematian sia-sia.

Misi:

1. Mengupayakan terjaminnya perlindungan hukum bagi perempuan, anak perempuan, kaum muda, kelompok minoritas, kelompok disabilitas untuk dapat menikmati hak seksualitas dan reproduksinya sebagai bagian dari hak asasi manusia.
2. Mewujudkan akses universal pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu dan terjangkau bagi perempuan dan kelompok marjinal tanpa diskriminasi.
3. Meningkatkan pemahaman masyarakat atas hak-hak reproduksi dan persamaan derajat perempuan dan laki-laki agar mereka mampu secara aktif menuntut hak-hak kesehatan reproduksinya.
4. Mendesak berbagai pihak yang bertanggungjawab untuk menurunkan angka kematian ibu.
5. Memperkuat kapaitas organisasi dan kelembagaan YKP agar terus dapat menjadi organisasi yang efektif untuk mengupayakan perubahan sesuai visi yang telah ditetapkan dengan senantiasa menerapkan prinsip-prinsip tata kelola yang baik (good governance).

Tentang Profil Indonesia

Profil negara ini dikembangkan oleh Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP). Profil ini adalah salah satu dari 16 profil negara terkait akses universal akan hak-hak seksual dan kesehatan reproduksi. Profil negara ini merupakan dukungan dari Asian-Pacific Resources and Research Centre for Women (ARROW). 15 negara yang terlibat adalah: Bangladesh, Burma, Kamboja, China, India, Laos, Maladewa, Malaysia, nepal, Pakistan, Filipina, Sri Lanka, Thailand dan Vietnam. Profil negara ini tersedia di: [www.arrow-org .my](http://www.arrow-org.my) dan www.srhr4allnow.org

Hubungi Kami

Jl. Kaca Jendela II No. 9, RawaJati, Kalibata,
Jakarta Selatan 12750, Indonesia

Tel: +6221-7290 2112/790 2109

Email: ykesehatanperempuan@yahoo.com
atau yayasan.ykp@gmail.com

www.ykp2015.com

Tim Produksi

Penulis: **Herna Lestari**

Editor: **Zumrotin K Susilo**

Layouter: **Kurnia Wijastuti**

Desain Template: **TM Ali Basir**

Fotografer: **Nanda Dwinta Sari**