

PENCAPAIAN STATUS KESEHATAN IBU DAN BAYI SEBAGAI SALAH SATU PERWUJUDAN KEBERHASILAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK

ACHIEVEMENT OF MOTHER AND BABY HEALTH STATUS AS ONE OF THE SUCCESSES OF MOTHER AND CHILD HEALTH PROGRAMS

Tri Rini Puji Lestari

(Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, Nusantara II, Lantai 2, DPR RI
Jl. Jend. Gatot Subroto, Senayan, Jakarta 10270, Indonesia;
email: tririni74@yahoo.com)

Naskah diterima: 13 November 2019, direvisi: 27 Februari 2020,
disetujui: 31 Maret 2020

Abstract

Mother and child are groups that are vulnerable to health problems. The mother and child health program (KIA) has been deemed not going well so that Indonesia is one of the countries with high MMR in ASEAN. This study used qualitative methods that are literature studies. The analysis uses books and other literature as the main object to answer research questions. This study is intended to provide information and analysis related to the achievements and several factors that influence the achievement of the health status of mothers and babies, and future expectations for better. The findings obtained the achievement of the health status of mothers and infants have reached the national target, but there are still some provinces which achievements are below the national achievements. Geographical factors, limited facilities, and infrastructure, as well as the low level of local government support also influence the success of the MCH program in several provinces.

Keywords: health status; maternal and infant health; reproductive health

Abstrak

Ibu dan anak merupakan kelompok yang rentan terkena masalah kesehatan. Program kesehatan ibu dan anak (KIA) selama ini dianggap belum berjalan dengan baik sehingga Indonesia termasuk Negara dengan AKI tinggi di Asean. Kajian ini menggunakan metode kualitatif yang bersifat studi pustaka. Analisis menggunakan buku-buku dan literatur-literatur lainnya sebagai objek utama untuk menjawab pertanyaan penelitian. Kajian ini ditujukan untuk memberikan informasi dan menganalisis terkait capaian dan beberapa faktor yang memengaruhi pencapaian status kesehatan ibu dan bayi, dan harapan ke depan agar lebih baik. Hasil temuan didapat capaian status kesehatan ibu dan bayi sudah mencapai target nasional, tetapi masih ada beberapa provinsi yang capaiannya di bawah capaian nasional. Faktor geografis, keterbatasan sarana dan prasarana, serta masih rendahnya dukungan pemerintah daerah ikut memengaruhi keberhasilan program KIA di beberapa provinsi.

Kata kunci: status kesehatan; kesehatan ibu dan bayi; kesehatan reproduksi

PENDAHULUAN

Secara umum kesehatan reproduksi merupakan permasalahan global dan mendapat perhatian khusus secara internasional. Hal ini bermula sejak adanya *International Conference on Population and Development* (ICPD) di Kairo Mesir pada tahun 1994. Pada saat itu, paradigma pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan berorientasi pada pengendalian

populasi dan penurunan fertilitas, kemudian berubah menjadi pendekatan yang lebih luas yaitu fokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi. Dengan demikian penanganan kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana (KB), kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS serta kesehatan reproduksi usia lanjut

(lansia) mengalami perubahan. Pendekatan yang digunakan adalah upaya peningkatan kualitas hidup manusia sejak janin dalam kandungan dan sangat tergantung pada kesejahteraan ibu (termasuk kesehatan dan keselamatan reproduksinya).

Di Indonesia upaya peningkatan status kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu program prioritas. Hal ini dikarenakan, masalah kesehatan ibu dan anak masih menjadi salah satu permasalahan utama di bidang kesehatan. Menurut UNICEF, setiap tiga menit, di suatu tempat di Indonesia, anak di bawah usia lima tahun meninggal. Selain itu setiap jam seorang perempuan meninggal karena melahirkan atau sebab-sebab yang berkaitan dengan kehamilan.¹

Menurut WHO, upaya peningkatan status kesehatan ibu dan anak, ditargetkan untuk menurunkan angka kematian dan kejadian sakit pada ibu dan anak. Untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak tersebut dilakukan melalui upaya peningkatan mutu pelayanan dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan pelayanan rujukan. Selama ini, berbagai program terkait penanggulangan masalah kesehatan ibu dan anak sudah diupayakan. Program-program tersebut menitikberatkan pada upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi.²

Indikator yang digunakan untuk menilai program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) antara lain kunjungan ibu hamil pertama (K1), cakupan kunjungan keempat ibu hamil (K4), cakupan buku KIA, deteksi dini kehamilan berisiko oleh tenaga kesehatan, persalinan oleh tenaga kesehatan, penanganan komplikasi obstetrik, pelayanan nifas, pelayanan neonatal, penanganan komplikasi neonatal, pelayanan kesehatan anak balita, pelayanan kesehatan anak balita sakit.³

Berdasarkan perkembangannya, Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2015 walaupun belum memenuhi target MDGs tetapi sudah mengalami penurunan dan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Sesuai dengan acuan kerangka kerja RPJMN 2015-2019, kesehatan Ibu dan Anak merupakan salah satu tujuan yang harus dicapai dalam pembangunan kesehatan dengan target penurunan angka kematian ibu dari 346 per 100.000 penduduk pada tahun 2010 menjadi 306 per 100.000 penduduk pada tahun 2019 dan penurunan angka kematian bayi dengan capaian status awal 32 per 1000 kelahiran hidup (tahun 2012/2013) menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2019.⁴

Seperti di negara-negara berkembang pada umumnya, sebagian besar kematian anak di Indonesia terjadi pada masa baru lahir (neonatal), yaitu di bulan pertama kehidupan. Menurut data Kemenkes (2015) Angka Kematian Bayi (AKB) atau selama masa neonatal pada tahun 2015 target capaiannya tetap yaitu 19 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) terjadi penurunan dari 15 per 1000 kelahiran hidup menjadi 13 per 1000 kelahiran hidup (usia 2-11 bulan) dan angka kematian balita (usia 1-5 tahun) sebanyak 10 per 1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian anak di Indonesia umumnya disebabkan oleh infeksi dan penyakit anak-anak lainnya seperti diare. Seiring dengan meningkatnya pendidikan ibu, kebersihan rumah tangga dan lingkungan, pendapatan, serta akses ke fasilitas pelayanan kesehatan, angka kematian pada anak menjadi menurun. Namun demikian, kematian bayi baru lahir (neonatal) merupakan hambatan utama dalam menurunkan kematian anak lebih lanjut. Padahal sebagian besar penyebab kematian neonatal tersebut dapat ditanggulangi.⁵

Tahun 2019 merupakan akhir dari pembangunan jangka menengah, diharapkan setiap target yang belum tercapai pada tahun lalu, dapat dicapai pada tahun 2019. Selama ini

¹ Sistiarni, "Analisis Pencapaian Indikator 9 Cakupan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Wilayah Kerja Puskesmas Kalibagor Kecamatan Kalibagor Kabupaten Banyumas" *Jurnal Kesmasindo*, Volume 5, Nomor 2, Juli 2012. hal. 96.

² Hapsari, "Indeks Kesehatan Maternal Sebagai Indikator Jumlah Kelahiran Hidup", *Jurnal Ekologi Kesehatan*, Vol. 14 No. 3, September 2015, Jakarta, hal. 260

³ Kementerian Kesehatan, *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kemkes, 2015, hal. 7

⁴ *Op cit*, Kemkes, 2015

⁵ Unicef, "Polemik Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia", (*online*), (<https://www.guesehat.com/polemik-kesehatan-ibu-dan-anak-di-indonesia>), diakses 06 September 2019

berbagai upaya dilakukan untuk mencapai target status AKI dan AKB menurut acuan RPJMN 2015-2019, sehingga indeks pembangunan manusia Indonesia dapat mencapai 70,18 persen.

Berbagai kebijakan dan intervensi program KIA dengan menggunakan dana besar selama ini dianggap belum berjalan dengan baik. Hingga saat ini angka kematian ibu (maternal) dan angka kematian bayi (neonatal) masih menjadi permasalahan tersendiri di bidang kesehatan reproduksi di Indonesia (pada tahun 2015, Indonesia bahkan termasuk Negara dengan AKI tinggi di Asean). Menurut data WHO, penyebab kematian ibu dikarenakan komplikasi kebidanan yang tidak ditangani dengan baik dan tepat waktu (sekitar 15% dari kehamilan). Komplikasi kebidanan tersebut sekitar 75%-nya dikarenakan perdarahan dan infeksi pasca melahirkan, tekanan darah tinggi saat kehamilan, partus lama dan aborsi yang tidak aman. Terkait kejadian kematian bayi, sebanyak 185 bayi baru lahir meninggal dunia setiap harinya. Tiga perempat kematian bayi terjadi pada minggu pertama dan 40% meninggal dalam 24 jam pertama. Penyebab utama kematian bayi umumnya karena prematur, komplikasi terkait persalinan seperti *asfixia* atau kesulitan bernafas saat lahir, infeksi dan cacat lahir.⁶

Berdasarkan permasalahan tersebut, pertanyaan penelitiannya adalah bagaimana gambaran pencapaian status kesehatan Ibu dan bayi beserta hambatannya dan faktor apa saja yang perlu diperhatikan kedepan agar lebih baik.

Tujuan kajian ini adalah untuk memberikan informasi terkait kondisi pencapaian status kesehatan Ibu dan bayi beserta hambatannya dan faktor-faktor yang perlu diperhatikan kedepan agar lebih baik. Kajian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan bahan pertimbangan bagi pengambil kebijakan, khususnya anggota Dewan di Komisi IX DPR RI, dalam melaksanakan tugas kedewanannya (pengawasan, legislasi, dan anggaran).

Kajian ini akan menggunakan dua konsep, yaitu kesehatan reproduksi dan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Kesehatan reproduksi memiliki pengertian sangat beragam, di antaranya menurut ICPD 1994, "*kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala hal yang berkaitan dengan system, fungsi dan proses reproduksinya*". Menurut Manuaba IBG (2001), "*kesehatan reproduksi adalah kemampuan seorang wanita untuk memanfaatkan alat reproduksinya dan mengatur kesuburannya*".⁷

Menurut WHO, kesehatan reproduksi dimaknai sebagai "*keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan system reproduksi, fungsi dan prosesnya*". Sementara itu, pada Pasal 71 ayat (1) Undang-undang nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, dinyatakan bahwa "*kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan social secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan system, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan*".

Berdasarkan ketiga pengertian tentang kesehatan reproduksi tersebut, dapat diambil kesimpulan bahwa pada intinya kesehatan reproduksi merupakan suatu kondisi sehat yang menyeluruh (mencakup fisik, mental, dan kehidupan sosial) dan terkait dengan alat, fungsi, serta proses reproduksi manusia. Ruang lingkup kesehatan reproduksi berkaitan erat dengan siklus hidup manusia. Dengan demikian setiap manusia (laki-laki dan perempuan) mempunyai hak untuk mendapatkan informasi dan akses seputar kehidupan bereproduksi serta pelayanan kesehatan reproduksi yang tepat.

Secara nasional, kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir sampai meninggal dunia dan telah disepakati terbagi menjadi empat komponen prioritas kesehatan reproduksi, yaitu:

- 1) Kesehatan ibu dan bayi baru lahir,
- 2) Keluarga berencana,
- 3) Kesehatan reproduksi remaja, dan

⁶ Key Facts, 19 September 2019, "Maternal Mortality", (online), (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>, diakses 28 Oktober 2019).

⁷ Harnani Yessi, dkk, *Teori Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Penerbit Deepublish, 2019, hal. 1.

- 4) Pencegahan dan penanganan penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.

Secara lebih luas, ruang lingkup dari kesehatan reproduksi meliputi:⁸

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir;
2. Keluarga berencana;
3. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi (ISR) termasuk PMS (*premenstruation syndrome*), HIV/AIDS;
4. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi;
5. Kesehatan reproduksi remaja;
6. Pencegahan dan penanganan infertilitas;
7. Kanker pada usia lanjut dan osteoporosis; dan
8. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lainnya, seperti kanker leher Rahim, mutilasi genitalia, fistula dan lain-lain.

Sejak tahun 1996, kebijakan yang diterapkan untuk menanggulangi masalah kesehatan reproduksi berupa Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Essensial (PKRE) dan Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK).⁹

Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Essensial (PKRE) terdiri dari empat komponen dan diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan primer/dasar di tingkat kecamatan, yaitu:

- 1) Kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Meliputi perkembangan berbagai organ reproduksi mulai dari sejak dalam kandungan hingga meninggal. Salah satu indikator yang digunakan untuk melihat derajat kesehatan perempuan adalah AKI dan AKB. Kematian ibu disebabkan oleh 4 terlambat mengenal komplikasi, membuat keputusan, merujuk ke rumah sakit, dan mendapatkan pengobatan/perawatan.
- 2) Keluarga Berencana (KB). Merupakan landasan perempuan untuk mengatakan "no" dalam rangka kematian dan morbiditas maternal. Pada RPJMN 2010-2014 visi program KB untuk pertumbuhan penduduk yang seimbang pada tahun

2015 dan diharapkan dapat mempercepat pencapaian sasaran MDGs. Untuk itu, diperlukan komitmen dan dukungan dari pemerintah daerah dan mitra kerja disemua tingkatan dalam pelaksanaan pembangunan kependudukan dan program KB didaerahnya. Kondisi ini dapat memengaruhi derajat kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

- 3) Kesehatan reproduksi remaja. Kelompok remaja merupakan kelompok yang terpinggirkan, karena mereka hamper tidak punya akses terhadap pelayanan dan informasi/konseling kesehatan reproduksi. Akibatnya banyak remaja yang mengalami masalah kesehatan reproduksi seperti terinfeksi ISR/IMS/HIV/AIDS.
- 4) Pencegahan dan penanggulangan ISR, termasuk PMS, HIV/AIDS. Namun dalam penerapannya tidak mudah karena banyak perempuan yang enggan untuk memeriksakan organ genitalnya. Kejadian ISR/PMS cenderung meningkat.

Paket PKRK terdiri dari PKRE ditambah dengan konseling dan pelayanan kesehatan reproduksi bagi usia lanjut (lansia). PKRK diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan sekunder di tingkat kabupaten. Banyak perempuan dari kelompok lansia yang mengalami gangguan gizi dan kanker akibat tidak terdeteksi sejak dini.

Kesehatan reproduksi merupakan hak asasi manusia. Secara umum hak reproduksi seorang perempuan diartikan sebagai hak yang dimiliki oleh individu dalam hal ini perempuan yang berkaitan dengan keadaan reproduksinya. Pada Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan bagian keenam tentang Kesehatan Reproduksi Pasal 72, dinyatakan bahwa setiap orang berhak:

- a. Menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan/atau kekerasan dengan pasangan yang sah.
- b. Menentukan kehidupan reproduksinya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan/atau kekerasan yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama.

⁸ Ester Nelwan, Jeini, *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Penerbit Deepublish, 2019, hal. 4 – 5.

⁹ *Op cit*, Harnani, hal. 8.

- c. Menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.
- d. Memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Pada ICPD di Kairo tahun 1994 dinyatakan bahwa "*hak reproduksi berlandaskan pada pengakuan terhadap hak asasi pasangan atau individu untuk secara bebas dan bertanggungjawab menetapkan jumlah, jarak dan waktu kelahiran anaknya dan hal untuk memperoleh informasi serta cara untuk melakukan hal tersebut dan hak untuk mencapai standar kesehatan reproduksi dan seksual yang setinggi mungkin*". Adapun tujuannya adalah untuk mewujudkan kesehatan bagi individu secara utuh, baik kesehatan jasmani maupun rohani yang meliputi:

1. Hak mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
2. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi.
3. Hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi.
4. Hak untuk dilindungi dari kematian karena kehamilan.
5. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak.
6. Hak atas kebebasan dan keamanan berkaitan dengan kehidupan reproduksinya.
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan seksual.
8. Hak mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.
9. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksinya.
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi.
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

Sementara itu, menurut BKKBN (2011), hak reproduksi merupakan hak bagi setiap individu dan pasangan untuk menentukan kapan akan melahirkan, berapa jumlah anak dan jarak anak yang dilahirkan serta memilih upaya untuk mewujudkan hak-hak tersebut.

Berdasarkan uraian terkait hak-hak reproduksi tersebut di atas pada intinya dalam kesehatan reproduksi tidak ada diskriminasi terhadap perempuan sehingga perlu ada kebebasan dalam menentukan jumlah anak dan waktu/jarak kelahiran. Namun demikian, hak kebebasan ini perlu diimbangi dengan rasa tanggungjawab, baik terhadap kehidupannya, anaknya maupun masyarakat. Tanggungjawab ini hanya akan bisa terwujud jika perempuan menempati posisi yang kuat. Posisi dimana ia bisa bernegosiasi dengan orang-orang di lingkungannya seperti keluarganya, suaminya, masyarakat sekitar, dan pemerintah.

Konsep Pelayanan KIA dalam kajian ini akan menggunakan konsep dari Kementerian Kesehatan.

Menurut Kementerian Kesehatan, pelayanan kesehatan ibu dan anak merupakan suatu upaya kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, dan anak balita serta anak pra sekolah. Dalam penerapan KIA, peran keluarga sangatlah besar dalam memengaruhi kehidupan seorang anak, terutama pada tahap awal maupun tahap-tahap krisis. Peran yang paling besar sebagai pendidik anak-anaknya adalah ibu. Seorang ibu dalam keluarga terutama bagi anaknya berperan dalam mendidik dan menjaga anak-anaknya, mulai dari usia bayi sampai dewasa. Untuk itu maka anak tidak jauh dari pengamatan orang tua terutama ibunya.

Melalui pelaksanaan program KIA diharapkan dapat tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya untuk menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.

Adapun secara khusus program KIA ditujukan untuk:¹⁰

1. Meningkatkan kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku), dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dalam menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, paguyuban keluarga, posyandu dan sebagainya.
2. Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, paguyuban keluarga, posyandu, dan karang balita serta di sekolah taman kanak-kanak (TK).
3. Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu menyusui.
4. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, nifas, ibu menyusui, bayi, dan anak balita.
5. Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama elalui peningkatan peran ibu dan keluarganya.

Pelayanan KIA menjadi tolak ukur dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Indikator kinerja pelayanan KIA antara lain¹¹:

1. Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K4 dengan target 95%.
2. Persentase cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani dengan target 80%.
3. Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan dengan target 90%.
4. Persentase cakupan pelayanan nifas dengan target 90%.
5. Persentase cakupan neonates komplikasi yang ditangani dengan target 80%.
6. Persentase cakupan kunjungan bayi dengan target 90%.
7. Persentase cakupan desa/keluarga *Universal Child Immunization* (UCI) dengan target 100%.

8. Persentase cakupan pelayanan anak balita dengan target 90%.
9. Persentase cakupan pemberian makanan pedamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan pada keluarga miskin dengan target 100%.
10. Persentase cakupan bayi Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) yang ditangani dengan target 100%.

Pelayanan KIA penerapannya dilakukan melalui beberapa kegiatan pokok yaitu:¹²

1. Peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil (bumil) di semua fasilitas kesehatan.
2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan.
3. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesesehatan.
4. Peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan ataupun melalui kunjungan rumah.
5. Peningkatan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.
6. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus menerus oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.
7. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
8. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
9. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar.

Untuk dapat memuaskan pelanggan diperlukan pelayanan KIA yang bermutu. Menurut A.F.Al-assaf (2009), mutu dapat diartikan sebagai suatu cara sederhana untuk meraih tujuan yang diinginkan dengan cara yang paling efektif dan efisien dengan penekanan pada pemuasan pelanggan.

¹⁰ Notoadmodjo, S. *Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Rineka Cipta. 2008.

¹¹ Junadi Purnawan. *SPM 2015 – 2019 UK, DAN KIA*. Depok: FKMUI. 2015.

¹² Prawirohardjo Sastro. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka. 2002.

Menurut Kemenkes (2004), ada tiga pendekatan dalam penerapan peningkatan mutu, yaitu:

1. Pendekatan struktural, berfokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi dan manajemen termasuk komitmennya, prosesnya, kebijakan, sarana, dan prasarana fasilitas diberikannya pelayanan.
2. Pendekatan proses adalah semua metode yang digunakan pada saat memberikan pelayanan.
3. Pendekatan hasil adalah pelaksanaan kegiatan perlu diperjelas karena menyangkut manusia seberapa besar tingkat komitmen dan akuntabilitas seseorang untuk melakukan pelayanan agar dapat menghasilkan pelayanan yang bermutu tinggi.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa mutu pelayanan adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan dalam setiap upaya yang diselenggarakan secara perorangan atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Terkait pemberian pelayanan KIA yang bermutu kepada masyarakat, ada beberapa prinsip pengelolaan program KIA yang perlu diperhatikan, yaitu:¹³

1. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.
2. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh professional secara bertahap.
3. Peningkatan deteksi dini risiko tinggi bumil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukuk bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus.
4. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1 bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi-tingginya.

Program pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan dalam beberapa tahap yaitu pelayanan antenatal (selama masa kehamilan), pertolongan persalinan, pelayanan kesehatan masa nifas (setelah persalinan), dan pelayanan kesehatan neonatus.¹⁴

Pelayanan antenatal, dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan dan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Tujuan dari pelayanan antenatal adalah menjamin perlindungan kepada bumil yang berupa deteksi dini, faktor risiko, pencegahan, dan penanganan komplikasi. Standar minimal pelayanan antenatal terdiri dari 5T, yaitu: 1). timbang berat badan dan ukur tinggi badan; 2). Ukur tekanan darah; 3). Pemberian imunisasi tetanus toksoid lengkap; 4). Ukur tinggi fundus uteri; dan 5). Pemberian tablet zat besi (minimal 90 tablet selama kehamilan). Frekuensi pelayanan antenatal dilaksanakan minimal 4 kali selama masa kehamilan dengan ketentuan waktu: minimal 1 kali pada triwulan pertama, minimal 1 kali pada triwulan kedua, dan minimal 2 kali pada triwulan ketiga. Secara khusus dan dalam kondisi tertentu¹⁵ dapat juga dilakukan pemeriksaan laboratorium rutin yang mencakup pemeriksaan golongan darah, hemoglobin (HB), protein urin dan gula darah puasa. Untuk bumil yang berada di daerah prevalensi tinggi dan/atau termasuk dalam kelompok risiko, dilakukan juga pemeriksaan hepatitis B, HIV, sifilis, malaria, tuberculosis, kecacingan dan thalassemia.

Pertolongan persalinan, dilakukan secara aman oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan tertentu. Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pertolongan persalinan adalah dokter spesialis kebidanan, dokter, dan bidan. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan pertolongan persalinan, yaitu: 1). Pencegahan infeksi; 2). Metoda persalinan yang sesuai standar; 3). Manajemen aktif kala III; 4). Merujuk kasus

¹⁴ *Op cit*, Unicef.

¹⁵ Yang dimaksud dengan secara khusus misalnya jika bumil memiliki riwayat penyakit tertentu seperti anemia, kurang gizi, dan lainnya. Sementara itu, yang dimaksud dengan kondisi tertentu misalnya atas permintaan pasien atau karena sesuai standar minimal pelayanan di fasilitas kesehatan tertentu (umumnya di faskes swasta).

¹³ Mubarak. *Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Yogyakarta: Graha Ilmu. 2007.

yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi; 5). Melaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD); dan 6). Memberikan injeksi vitamin K 1 dan salep/tetes mata pada bayi baru lahir.

Pelayanan kesehatan masa nifas, merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada ibu mulai dari 6 jam sampai 42 hari setelah bersalin. Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan masa nifas ini adalah: dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan, dan perawat. Tujuan dari pelayanan kesehatan ini adalah untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas. Pelaksanaan pemantauan dan pemeriksaan masa nifas dilakukan berupa kunjungan nifas yang minimal dilakukan sebanyak 3 kali, yaitu pada masa 6 jam sampai 3 hari setelah persalinan, dalam waktu 2 minggu setelah persalinan (8-14 hari), dan dalam waktu 6 minggu setelah persalinan (36-42 hari). Pada saat kunjungan pelayanan kesehatan masa nifas dilakukan pemeriksaan: 1). tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan), 2). tinggi fundus uteri, 3). lochia dan pengeluaran per vagina lainnya, 4). payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif minimal 6 bulan, 5). pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak 2 kali yaitu segera setelah melahirkan dan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A yang pertama, 6). Pelayanan KB pasca bersalin.

Pelayanan kesehatan neonatus (KN) diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus minimal 3 kali, yaitu pada kurun waktu 6-48jam setelah lahir (KN 1), hari ke 3 sampai hari ke 7 setelah lahir (KN 2), dan hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir. Pelayanan kesehatan neonates perlu dilakukan karena, bayi sampai usia kurang dari 1 bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan dapat muncul. Sehingga jika tidak dilakukan penanganan yang tepat, dapat berakibat fatal. Berapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini, diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh nakes di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan

kesehatan sesuai standar. Pelayanan kesehatan neonatus ditujukan untuk meningkatkan akses neonatus pada pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin jika ada kelainan/masalah serta untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu usia 6-48 jam setelah lahir yang biasa dikenal dengan istilah cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1). Pada kunjungan ini dilakukan konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan hepatitis B0injeksi (bila belum diberikan).

METODE PENELITIAN

Kajian ini menggunakan metode kualitatif yang bersifat studi pustaka yaitu studi yang menggunakan buku-buku dan literatur-literatur lainnya sebagai objek yang utama. Analisis metode kualitatif dilakukan untuk menghasilkan informasi berupa catatan deskriptif guna memberikan gambaran dan keterangan yang secara jelas, objektif, sistematis, analitis dan kritis guna menjawab pertanyaan penelitian.

Sumber data primer yang digunakan dalam studi pustaka ini adalah data dan informasi profil kesehatan tahun 2018 terbitan Kemenkes. Sumber data sekunder yang digunakan sebagai pendukung dan pelengkap dalam melakukan analisis adalah berbagai hasil penelitian yang diterbitkan dalam jurnal, buku kepustakaan terkait kajian tentang Kesehatan Ibu dan Anak, artikel ilmiah di media cetak dan media internet, serta beberapa dokumen penting lain yang semuanya dalam rentang waktu sepuluh tahun terakhir.

Kajian ini tidak membahas pencapaian status kesehatan ibu dan bayi terkait angka kejadian sakit pada ibu dan bayi. Namun pembahasannya hanya difokuskan pada pencapaian angka kematian ibu dan bayi.

PEMBAHASAN

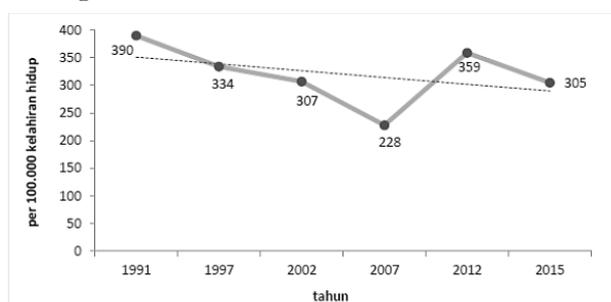
Capaian Status Kesehatan Ibu Dan Bayi

1. Kesehatan Ibu

AKI merupakan indikator untuk melihat keberhasilan program kesehatan ibu dan menilai derajat kesehatan masyarakat. AKI adalah rasio

kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain, seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran hidup.

Secara umum capaian AKI pada tahun 2015 mengalami penurunan jika dibandingkan dengan AKI pada tahun 1991 yaitu dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Namun penurunan tersebut masih belum mencapai target MDGs yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup. AKI pada tahun 2015 tersebut menunjukkan tiga kali lipat lebih banyak dibanding target MDGs. Lihat gambar berikut.



Sumber: BPS, SDKI 1991-2012

*AKI tahun 2015 merupakan hasil SUPAS 2015

Gambar 1. Angka Kematian Ibu di Indonesia Tahun 1991 - 2015

Menurut Kementerian Kesehatan, kondisi permasalahan yang sedang dihadapi dalam penurunan AKI nasional adalah masalah terhadap kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan *post partum* (paska melahirkan). Penyebab masih tingginya angka kematian bayi dan balita, didukung oleh *intra Uterine Fetal Death* (IUFD) atau kematian janin dalam kandungan sebanyak 29,5%, BBLR sebanyak 11,2%, infeksi pneumonia dan diare. (Dirjen Kesmas, 2018:4).

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan KIA salah satunya adalah melalui pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA). Upaya ini merupakan strategi manajemen dari program KIA untuk memantau pelayanan KIA di wilayah kerjanya secara terus menerus. Sejalan dengan hal tersebut, sejak tahun 2012 telah diluncurkan upaya percepatan penurunan AKI berupa program *Expanding Maternal and*

Neonatal Survival (EMAS). Melalui program EMAS ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Pelaksanaan program ini diutamakan pada provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar yaitu: Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan. Keenam provinsi tersebut telah menyumbang 52,6% dari jumlah total kejadian angka kematian ibu. Sehingga jika terjadi penurunan AKI dari keenam provinsi tersebut, maka diharapkan akan ada penurunan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan. Upaya yang dilakukan dalam program EMAS adalah:

1. Meningkatkan pelayanan emergensi obstetrik dan bayi baru lahir (neonatus) minimal di 150 rumah sakit PONEK dan 300 Puskesmas/Balkesmas PONED.
2. Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit.

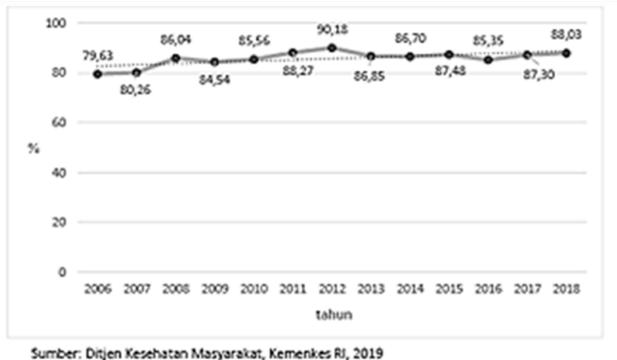
Program EMAS ini akan berhasil jika ada jaminan setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang bermutu, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, serta pelayanan KB pasca persalinan.

Penilaian tingkat kepatuhan bumil dalam pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan dapat dilakukan dengan melihat cakupan K4. Cakupan K4 adalah jumlah bumil yang sudah mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 4 kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester dibandingkan dengan jumlah sasaran bumil di datu wilayah kerja pada kurun waktu 1 tahun. Indikator ini memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap bumil.¹⁶

Secara nasional, cakupan pelayanan kesehatan bumil K4 pada tahun 2018 (88.03%) sudah melebihi target Renstra Kemkes tahun 2018

¹⁶ Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Indonesia 2018*, Jakarta: Kemkes. 2019.

(78%). Jika dilihat dari tren pertumbuhannya juga terus meningkat. Pada gambar 2 dapat dilihat bahwa cakupan pelayanan kesehatan bumil K4 tahun 2006 sebesar 79,63% dan sampai tahun 2018 terus mengalami peningkatan menjadi 88,03%.

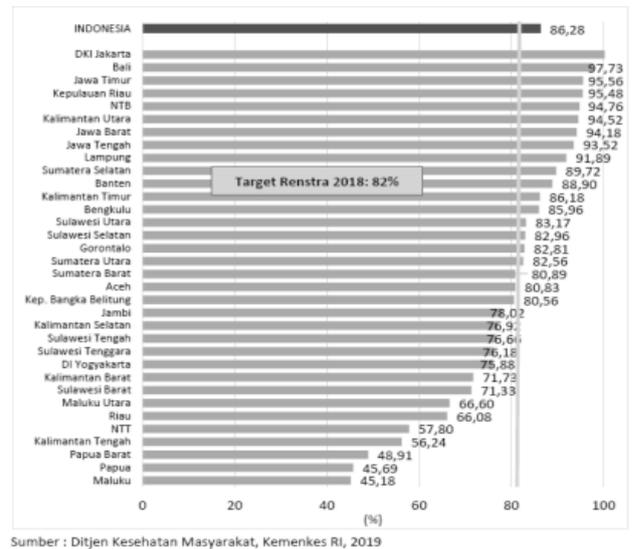


Gambar 2. Cakupan Pelayanan Kesehatan Bumil K4 Di Indonesia tahun 2006-2018

Namun jika target nasional tersebut diproyeksikan ke tingkat provinsi, maka masih ada 9 provinsi yang belum mencapai target nasional (78%) yaitu: Papua (40,74%), Papua Barat (49,30%), NTT (52,01%), Sulawesi Barat (68,13%), Maluku Utara (73,26%), Maluku (74,04%), Riau (74,81%), DI Yogyakarta (75,26%), dan Sulawesi Tenggara (77,87%). Kondisi ini sangat berkaitan erat dengan kondisi geografis dan kemudahan sarana/prasarana transportasi serta kualitas pelayanan kesehatan ibu yang masih kurang.

Terkait pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, sejak tahun 2015 setiap ibu bersalin diharapkan melakukan persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk itu pada Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 telah ditetapkan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan sebagai salah satu indikator upaya kesehatan keluarga, menggantikan indikator pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Tahun 2018 terdapat 90,32% persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan. Bumil yang menjalani persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 86,28%. Dengan demikian terdapat sekitar 16% persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan namun tidak dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Jika

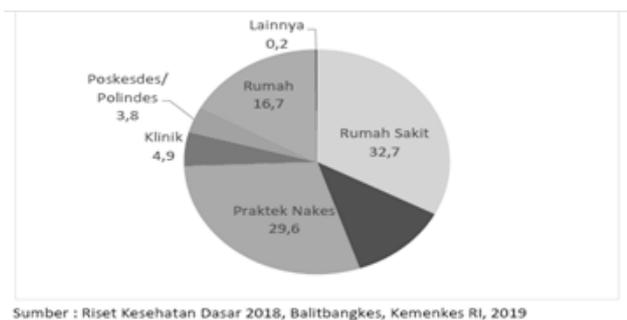
dilihat berdasarkan provinsinya, maka persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan terbanyak berada di provinsi DKI Jakarta (102%) sedangkan yang terendah di provinsi Maluku (45,18%). (lihat gambar).



Gambar 3. Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Menurut Provinsi Tahun 2018

Berdasarkan gambaran capaian indikator tersebut di atas menunjukkan bahwa persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan telah memenuhi target Renstra yaitu 82%. Jika dilihat berdasarkan wilayahnya, capaian tersebut di atas menunjukkan masih ada kesenjangan yang cukup jauh antara provinsi dengan capaian tertinggi dengan provinsi capaian terendah.

Menurut data Kemenkes (2018), hasil analisis kematian ibu pada tahun 2010 telah membuktikan bahwa angka kematian ibu terkait erat dengan jenis pertolongan persalinan dan tempat/fasilitas persalinan. Jika persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan maka terbukti berkontribusi terhadap turunnya risiko kematian ibu. Hasil Riskesdas 2018 memperlihatkan bahwa tempat persalinan yang paling banyak digunakan yaitu di rumah sakit (pemerintah maupun swasta) yaitu 32,7% dibanding fasilitas kesehatan lainnya dan pertolongan persalinan di praktik tenaga kesehatan (nakes) sebesar 29,6%. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Gambar 4. Proporsi Tempat Persalinan yang Dimanfaatkan Oleh Bumil

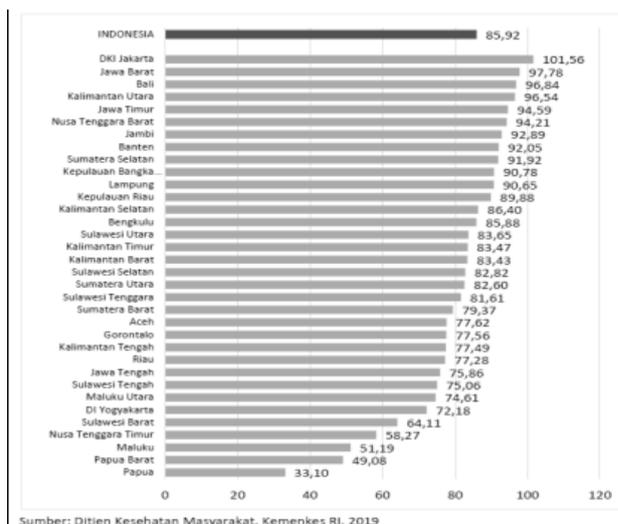
Untuk pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, menurut hasil Riskesdas 2018 (lihat gambar 5), proporsi paling banyak ditolong oleh bidan (62,7%) dan dokter kandungan (28,9%). Menurut data Kemkes (2019), dinyatakan bahwa berdasarkan karakteristik demografi, semakin tinggi pendidikan bumil maka semakin tinggi pula persentase pertolongan persalinan oleh nakes. Sementara itu, berdasarkan tempat tinggalnya, proporsi persalinan oleh nakes di perkotaan lebih tinggi (96,7%) dibandingkan di pedesaan (88,9%).



Gambar 5. Proporsi Persalinan Dengan Kualifikasi Tertinggi Ditolong Oleh Nakes

Pada gambar 5 terlihat bahwa masih ada pertolongan persalinan yang dilakukan oleh dukun (6,2%). Menurut data Kemkes (2019), proporsi tertinggi pertolongan persalinan oleh dukun berada di provinsi Maluku (33,4%), Maluku Utara (26,1%), Nusa Tenggara Timur (16,1%).

Capaian kunjungan nifas (KF3) di Indonesia kecenderungannya meningkat yaitu dari 17,9% pada tahun 2008 menjadi 85,92% pada tahun 2018. Untuk lebih jelas, cakupan kunjungan nifas menurut provinsi dapat dilihat berikut ini:



Gambar 6. Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) di Indonesia Menurut Provinsi Tahun 2018

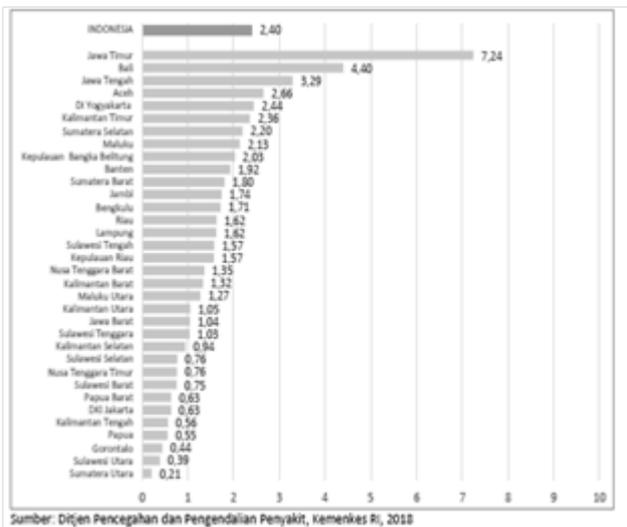
Pada gambar di atas menunjukkan bahwa provinsi DKI Jakarta memiliki capaian kunjungan nifas lengkap (KF3) tertinggi (101,56%), diikuti dengan provinsi Jawa Barat (97,78%) dan Bali sebanyak 96,84%. Cakupan yang terendah berada pada Provinsi Papua (33,10%). Menurut Kemkes (2018), di 34 provinsi yang melaporkan data kunjungan nifas sepanjang tahun 2018 hampir 60%-nya dari provinsi di Indonesia yang telah mencapai KF3 (sama dengan tahun 2017).

Hal penting lainnya dalam pelayanan kesehatan ibu adalah pemberian imunisasi tetanus tosoid depteri (Td), karena salah satu penyebab kematian ibu adalah infeksi tetanus yang disebabkan oleh bakteri *clostridium tetani* sebagai akibat dari proses persalinan yang tidak aman/steril atau berasal dari luka yang diperoleh bumil sebelum melahirkan. Sebagaimana yang sudah diamanatkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang penyelenggaraan imunisasi bahwa Wanita Usia Subur (WUS) dan bumil merupakan salah satu kelompok populasi yang menjadi sasaran imunisasi lanjutan.¹⁷

Namun dalam pelaksanaannya, *screening* status imunisasi Td sebelum pemberian vaksin perlu dilakukan. Jika hasil *screening* menunjukkan Td5 positif atau WUS sudah mendapatkan Td5 yang dibuktikan dengan buku KIA, rekam medis,

¹⁷ Imunisasi lanjutan merupakan ulangan imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang usia perlindungan.

dan atau kohort, maka pemberian imunisasi Td tidak perlu dilakukan. Berikut merupakan gambaran cakupan imunisasi Td5 di Indonesia pada tahun 2017.



Gambar 7. Cakupan Imunisasi Td5 Pada WUS di Indonesia Pada Tahun 2017

Pada gambar di atas menunjukkan bahwa cakupan imunisasi Td5 pada WUS masih sangat rendah. Cakupan tertinggi berada di provinsi Jawa Timur (7,24%), Bali (4,40%), dan Jawa Tengah (3,29%). Provinsi dengan capaian terendah berada pada provinsi Sumatera Utara (0,21%), Sulawesi Utara (6,39%), dan Gorontalo (10,44%).

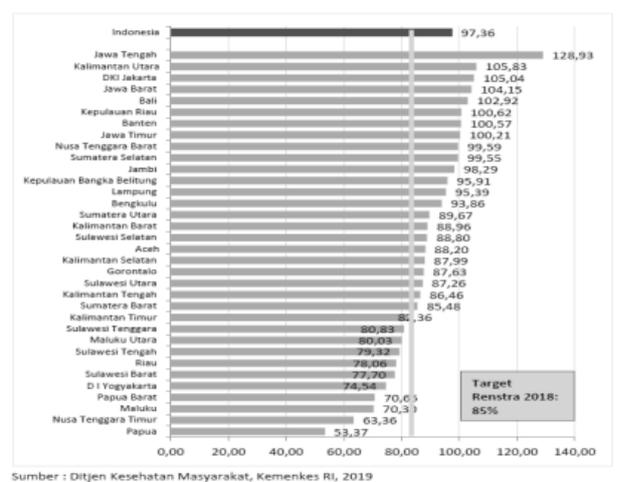
Selain itu, cakupan imunisasi Td2+ pada bumil sebesar 65,3%. Kondisi ini relatif lebih rendah dibandingkan dengan cakupan pelayanan kesehatan bumil K4 yang sebesar 87,30%. Padahal Td2+ merupakan kriteria pelayanan kesehatan bumil K4. Adapun provinsi dengan capaian imunisasi Td2+ tertinggi berada pada provinsi Sumatera Selatan (104,74%) sedangkan provinsi dengan capaian terendah berada pada provinsi Sumatera Utara (10,52%). Walau AKI dikarenakan tetanus sangat jarang ditemukan, tetapi upaya pemberian imunisasi bagi WUS tetap diperlukan. Untuk itu, penyediaan sarana dan prasarana yang menunjang terselenggaranya imunisasi Td sampai Td5 sangat diperlukan.

3. Kesehatan bayi

Secara umum upaya kesehatan bayi sudah menunjukkan hasil yang baik, terlihat dari

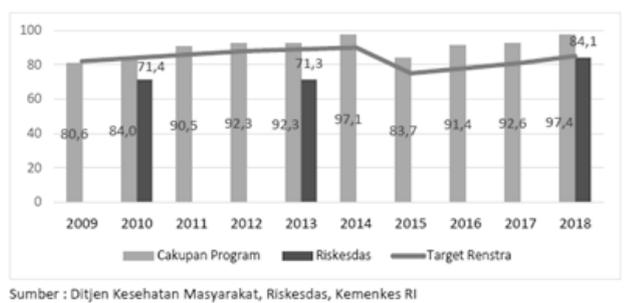
angka kematian bayi dari tahun ke tahun yang menunjukkan penurunan. Hasil Survei Demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKB sebesar 24 per 1000 kelahiran hidup.

Secara khusus, capaian KN1 di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 97,36% lebih tinggi dari tahun 2017 yaitu sebesar 92,62%. Capaian ini sudah memenuhi target Renstra tahun 2018 sebesar 85%. Terdapat 23 provinsi yang sudah memenuhi target tersebut. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 8. Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) Menurut Provinsi Tahun 2018

Pada gambar di atas terlihat masih adanya disparitas cakupan KN1 antar provinsi dengan cakupan terendah yaitu papua (53,37%) dengan provinsi dengan cakupan tertinggi yaitu jawa tengah (128,93%). Selain itu, ada beberapa provinsi yang mendapatkan cakupan lebih dari 100%, hal ini karena menurut Kemkes (2019) data sasaran yang ditetapkan lebih rendah dibanding data sasaran riil yang didapat. Akibatnya cakupan KN1 hasil Riskesdas 2018 lebih rendah dibandingkan cakupan hasil pencatatan rutin program, yaitu sebesar 84,1%. Tren cakupan KN1 hasil pencatatan rutin program dan Riskesdas tahunan selama 10 tahun terakhir dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 9. Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) Tahun 2009-2018

Harapan Kedepan

Status kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu indikator penting dalam mengukur derajat kesehatan suatu Negara. Untuk itu prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan adalah ibu dan anak. Hal ini dikarenakan ibu dan anak merupakan kelompok yang rentan. Dikatakan rentan karena terkait dengan fase kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu serta fase tumbuh kembang pada anak. Untuk itu upaya kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu prioritas dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Secara umum capaian target angka kematian ibu dan bayi masih berada di atas capaian target MDGs. Agar pencapaian status kesehatan ibu dan bayi dapat lebih baik, untuk kedepannya ada 4 faktor yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berkualitas yang *cost-effective* dan berdasarkan bukti-bukti. Hal ini sangat penting dan ketersediaan data yang akurat menjadi kunci efektifitas sebuah program. Karena, ketidakterediaan data yang akurat dapat menjadi risiko tidak bisa mengetahui besarnya masalah yang sesungguhnya. Sehingga tidak dapat memonitor dan mengevaluasi keberhasilan atau kegagalan suatu program. Akibatnya anggaran yang sudah dikeluarkan menjadi tidak efektif digunakan.
2. Membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumber daya yang tersedia serta meningkatkan koordinasi

perencanaan dan kegiatan MPS. Untuk dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi tidak saja menjadi tanggung jawab kementerian kesehatan. Penanganan masalah kesehatan ibu dan bayi yang paripurna perlu melibatkan berbagai sektor diluar bidang kesehatan, seperti bidang yang terkait dengan kementerian dalam negeri, pertahanan dan keamanan, infrastruktur (terkait pengadaan jalan dan transportasi, gedung, penerangan), tenaga kerja, agama, pendidikan, serta tidak kalah pentingnya keterlibatan dibidang antropologi, sosial dan kebudayaan. Untuk ini perlu adanya komitmen dan misi bersama guna menuntaskan permasalahan ini.

3. Mendorong pemberdayaan perempuan dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan untuk menjamin perilaku sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Pengetahuan yang rendah menjadi salah satu permasalahan dalam mencapai target kesehatan ibu dan bayi. Untuk itu upaya komunikasi informasi, dan edukasi (KIE) yang terus menerus dan menyeluruh disegala lapisan masyarakat sangat diperlukan. Penyelenggaraan KIE harus disesuaikan dengan kebutuhan dan tingkat sosial ekonomi serta budaya masyarakat setempat (khususnya kaum perempuan). KIE juga perlu melibatkan peran serta aktif masyarakat agar di masyarakat tumbuh rasa memiliki akan program tersebut.
4. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Biasanya pada provinsi dengan cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan rendah dikarenakan akses ke fasilitas pelayanan kesehatannya yang relatif sulit baik dikarenakan faktor geografis maupun karena keterbatasan sarana dan prasarana transportasi. Untuk mengatasi kondisi ini, tidak melulu menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat. Komitmen dan kehadiran Negara dalam hal ini sangat diperlukan untuk mengambil alih penanganan permasalahan pembangunan

infrastruktur yang selama ini tidak dapat di atasi oleh pemerintah daerah saja.

Bagi daerah dengan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit sehingga masyarakat masih banyak yang pergi ke dukun untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan bayi, maka untuk kedepannya perlu lebih dimaksimalkan lagi program kemitraan antara bidan desa dengan dukun serta rumah tunggu kelahiran.¹⁸ Para dukun yang ada perlu diupayakan bermitra dengan bidan dengan hak dan kewajiban yang jelas. Ada pembagian tugas dan peran yang tegas dan jelas yaitu pemeriksaan dan pertolongan persalinan tidak lagi dikerjakan oleh dukun, melainkan dirujuk ke bidan.

Sementara itu, bumil yang berada di daerah yang tidak memiliki bidan desa atau jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan, menjelang hari taksiran persalinannya diupayakan hendaknya sudah berada didekat fasilitas pelayanan kesehatan yaitu di rumah tunggu kelahiran.

Selain keempat strategi tersebut di atas dan merujuk kepada Endang L Achadi (2019), kesiapan pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan selama 24 jam setiap harinya sangat diperlukan. Pelayanan kebidanan yang bermutu dan tersedia setiap hari selama 24 jam mulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, rujukan ke pelayanan tingkat lanjut, dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Melalui pelayanan kebidanan yang bermutu ini, maka pelayanan antenatal, pertolongan persalinan, pelayanan masa nifas, dan pelayanan neonatal juga dapat ditingkatkan mutunya. Namun demikian kesemuanya ini membutuhkan dukungan yang besar dari pemerintah daerah. Dukungan pemerintah daerah tersebut penerapannya menitikberatkan pada prioritas dan dapat dilakukan secara bertahap, melalui pendekatan regional di wilayah kabupaten dan

¹⁸ Rumah tunggu kelahiran merupakan suatu tempat atau ruangan yang berada dekat dengan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit atau puskesmas dan dapat digunakan sebagai tempat tinggal sementara bumil dan pendampingnya (suami/kader/dukun atau anggota keluarga) selama beberapa hari, saat menunggu persalinan tiba dan beberapa hari setelah bersalin.

kota secara berkesinambungan. Dukungan pemerintah daerah tersebut khususnya terkait dengan:¹⁹

1. Penyediaan Sumber Daya Manusia (SDM) yang kompeten di tingkat pelayanan.
2. Kebijakan tentang standar pelayanan yang jelas termasuk perencanaan pelatihan SDM.
3. Kebijakan tentang system rujukan efektif yang jelas disesuaikan dengan kondisi kegawatan daruratan pasien dan penyediaan transportasi.
4. Penyediaan sarana dan prasarana yang secara langsung dan tidak langsung dapat menunjang pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu dan bayi.²⁰

PENUTUP

Kesimpulan

Secara umum angka kematian ibu dan bayi berdasarkan data dari profil Kesehatan tahun 2019 capaiannya masih berada di atas target MDGs. Faktor masih belum memadainya ketersediaan pelayanan kesehatan ibu menjadi salah satu permasalahan yang dihadapi dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Penyebab utama kematian ibu adalah hipertensi pada masa kehamilan dan perdarahan paska melahirkan. Sementara itu, penyebab masih tingginya angka kematian bayi karena kematian janin dalam kandungan sebanyak 29,5%, berat badan bayi lahir rendah sebanyak 11,2%, pneumonia dan diare.

Secara khusus capaian indikator pelayanan kesehatan ibu dan bayi sudah mencapai target nasional walaupun jika diproyeksikan ke tingkat provinsi, masih ada beberapa provinsi yang belum mencapai target nasional. Hal ini dikarenakan kondisi geografi, ketersediaan sarana dan prasarana, serta masih rendahnya keterlibatan lintas sektor

¹⁹ Achadi, Endang L. *Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia*, disampaikan pada Rakernas 2019 di ICE, BSD, Tangerang, Banten, 13 Pebruari 2019

²⁰ Yang dimaksud dengan sarana dan prasarana yang secara langsung menunjang pelaksanaan pelayanan kesehatan adalah fasilitas yang jika tidak tersedia dapat mengancam kondisi kesehatan pasien bahkan dapat menyebabkan kematian, contohnya ketersediaan darah di bank darah. Yang tidak langsung contohnya alat USG.

untuk bersama-sama mensukseskan program kesehatan ibu dan anak (khususnya pada daerah dengan capaian pelayanan kesehatan ibu dan bayi yang masih dibawah capaian target nasional).

Saran

Pemerintah daerah hendaknya dapat memperbaiki pelayanan kebidanan dan neonatal di wilayahnya secara berkesinambungan melalui penyediaan SDM yang kompeten, sistem rujukan yang efektif dengan memperhatikan kondisi geografis dan sosial budaya.

Dinas kesehatan kabupaten/kota hendaknya dapat meningkatkan monitoring dan evaluasi serta pendampingan pelaksanaan program KIA agar cakupan indikator kesehatan ibu dan bayi yang belum mencapai target dapat diperbaiki.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Nelwan, Jeini Ester. (2019). *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Harnani, Yessi., dkk. (2019). *Teori Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Kumalasari, Intan., dkk. (2012). *Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoadmodjo, S. (2008). *Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Mubarak, dkk. (2007). *Kesehatan Ibu dan KIS*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Prawirohardjo, S. (2002). *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R dan D*. Bandung: Alfabeta.
- Kementerian Kesehatan. (2018). *Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2015 – 2019*. Jakarta: Kemkes.

Junadi, Purnawan. (2015). *SPM 2015 – 2019 UK, DAN KIA*. Depok: FKMUI.

Kementerian Kesehatan. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kemkes

Kementerian Kesehatan. (2019). *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Jakarta: Kemkes.

Jurnal

Hapsari, Dwi., dkk. (2015). Indeks Kesehatan Maternal Sebagai Indikator Jumlah Kelahiran Hidup, *Jurnal Ekologi Kesehatan*, Vol. 14 No. 3, September 2015.

Lestari, H., Sugiharti, S. (2011). Perilaku Berisiko Remaja si Indonesia Menurut Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia Tahun 2007, *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, Vol. 1 No. 3, Tahun 2011.

Sistiarani, Colti., dan Elviera. (2012). Analisis Pencapaian Indikator 9 Cakupan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Wilayah Kerja Puskesmas Kalibagor Kecamatan Kalibagor Kabupaten Banyumas, *Jurnal Kesmasindo*, Volume 5, Nomor 2, Juli 2012.

Internet

Cara mediscom. (2019). Menilik Permasalahan Kesehatan Ibu dan anak di Indonesia di Indonesia, (*online*), (<https://www.caramedis.co.id/menilik-permasalahan-kesehatan-ibu-dan-anak-di-indonesia-saat-ini/>), diakses 6 September 2019).

Key Fcts. (2019). Maternal Mortaliti, (*online*), (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>), diakses 28 Oktober 2019).

Unicef. (2019). Polemik Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia, (*online*), (<https://www.guesehat.com/polemik-kesehatan-ibu-dan-anak-di-indonesia>), diakses 06 September 2019).

Lainnya

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.