

PREVALENSI RASIO PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL DAN KETERSEDIAAN FASILITAS KESEHATAN DI ERA JKN/KIS DI INDONESIA

PREVALENCE OF MATERNAL CARE AND HEALTH FACILITY AVAILABILITY IN NATIONAL HEALTH INSURANCE/HEALTHY INDONESIA CARD SYSTEM IN INDONESIA

Ninie Lely Pratiwi¹, Hari Basuki²

¹Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat,
Badanlitbangkes Kementerian Kesehatan RI

²Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

ABSTRACT

Background: Indonesia is one country that is feared to may not reach the MDG targets by 2015. According to WHO data, as many as 99 percent of maternal deaths due to labor problems or births occurred in developing countries. The maternal mortality ratio in developing countries is the highest with 450 maternal deaths per 100 thousand live births compared to the ratio of maternal deaths in nine developed countries and 51 Commonwealth countries.

Methods: This study is a further analysis of Riskesdas in 2010, 2013 and Rifaskes in 2011 to assess the magnitude of the prevalence of maternal health ratio in relation to the availability of health facilities.

Results: Examination of the first trimester ANC services by doctors has a higher prevalence ratio approaching a value of one, and has statistically significant value compared to ANC by a midwife. A greater tendency prevalence of ANC first examination at the gestational age aging in rural area is observed, compared to the urban areas. Some did not even know the age of their pregnancy when they are getting their first ANC, as high as 10.7% in rural areas.

Conclusion: There should be a regional policy regarding the competence of midwives, and systematically involving professional organizations IBI, IDI on improving midwife practice. Empowering people in the village has not been working as expected, shown by the lack of knowledge about the importance of ANC with health workers.

Keywords: Midwives, MDGs, Accessibility Maternal of Health

ABSTRAK

Latar Belakang: Indonesia merupakan salah satu negara yang dikhawatirkan tidak dapat mencapai target sasaran MDGs pada tahun 2015. Menurut data WHO, sebanyak 99 persen kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio kematian ibu di negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100 ribu kelahiran bayi hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di sembilan negara maju dan 51 negara persemakmuran.

Metode: Penelitian ini merupakan analisis lanjut Riskesdas tahun 2010, 2013 dan Rifaskes tahun 2011 untuk mengkaji besaran prevalensi rasio kesehatan maternal terhadap ketersediaan fasilitas kesehatan.

Hasil: Pemeriksaan ANC trimester 1 pelayanan oleh tenaga dokter lebih tinggi prevalensi rasio mendekati nilai satu dan

mempunyai nilai yang bermakna secara statistik dibandingkan pelayanan ANC oleh bidan desa. Terlihat kecenderungan semakin besar prevalensi pemeriksaan ANC pertamakali pada umur kehamilan yang semakin tua di pedesaan dibandingkan perkotaan bahkan yang menjawab tidak tahu umur kehamilan saat ANC pertamakali pun di pedesaan 10,7%. **Kesimpulan:** Perlu kebijakan daerah tentang kompetensi bidan secara konkrit, dan sistematis melibatkan organisasi profesi IBI, IDI tentang bidan layak praktek. Pemberdayaan masyarakat di desa belum berfungsi terbukti dengan rendahnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan ANC pada tenaga kesehatan.

Kata kunci: Bidan, MDGs, Aksesibilitas Kesehatan Maternal

PENGANTAR

Millennium Development Goals (MDGs) merupakan deklarasi milenium hasil kesepakatan sejumlah kepala negara dan perwakilan dari 189 negara yang tergabung dalam Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Pada kesepakatan yang mulai dijalankan pada September 2000 tersebut, ada 8 butir tujuan yang harus dicapai pada tahun 2015. Di mana butir ke 4 (MDGs 4) bertujuan menurunkan angka kematian anak bayi, dan butir ke 5 (MDGs 5) bertujuan meningkatkan kesehatan ibu'. Beberapa negara dengan angka kematian ibu tinggi belum menunjukkan kemajuan berarti dalam 15 tahun terakhir ini. Perkiraan Angka Kematian Ibu (AKI) WHO menunjukkan bahwa sementara peningkatan terjadi di negara dengan pendapatan menengah, penurunan angka kematian ibu selama periode 1990-2005 di Sub-Sahara Afrika hanya 0,1 persen per tahun. Selama periode 1990-2005 juga belum ada kawasan yang mampu mencapai penurunan angka kematian ibu per tahun hingga 5,5 persen, hanya Asia Timur yang penurunannya telah mendekati target yaitu 4,2 persen per tahun serta Afrika Utara, Asia Tenggara, Amerika Latin dan Karibia mengalami penurunan yang jauh lebih besar dari Sub-Sahara Afrika. Para ahli dari Organisasi

Kesehatan Dunia (WHO) dan menteri kesehatan berbagai negara Asia Tenggara yang bertemu di New Delhi, India, pada 8-11 September 2008, melakukan pembahasan khusus tentang angka kematian ibu di kawasan Asia Tenggara yang tergolong masih tinggi².

Dalam kesempatan yang sama, menurut Dirjen Bina Gizi dan KIA Kemenkes RI, ada 5 Provinsi yang menyumbang jumlah kematian ibu sebesar 50%, yaitu: Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan NTT. Sementara 25% angka kematian ibu terjadi pada 9 Provinsi, yaitu: Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Lampung, Aceh, dan NTB. Dan 19 provinsi lainnya, menyumbang 25% kematian ibu di Indonesia.

Indikator derajat kesehatan masyarakat lainnya menunjukkan gambaran serupa. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup, merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah 40 per 1000 kelahiran hidup, juga tertinggi bila dibandingkan negara-negara ASEAN lainnya. Angka kematian Ibu 228 per 100.000 kelahiran hidup, angka kematian bayi 34 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan kesepakatan global (Millennium Development Goals/MDG's 2000) pada tahun 2015 diharapkan angka kematian ibu menurun dari 228 pada tahun 2007 menjadi 108 per 100.000 KH dan angka kematian bayi menurun dari 34 th 2007 menjadi 23 per 1000 KH. Menurut data Riskesdas 2010, persalinan oleh tenaga kesehatan pada kelompok sasaran miskin (kuintil 1) baru mencapai 69,3%. Sedangkan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan baru mencapai 55,4%. Salah satu yang menjadi kendala utama untuk mengakses persalinan oleh tenaga kesehatan adalah keterbatasan dan ketidak-tersediaan biaya sehingga pemerintah memfasilitasi kebijakan terobosan untuk meningkatkan persalinan oleh tenaga kesehatan difasilitas kesehatan melalui kebijakan jaminan persalinan. Pelayanan Jampersal ini tidak hanya sebatas proses persalinan saja, tapi juga meliputi pemeriksaan kehamilan *Ante Natal Care* (ANC) yaitu pemeriksaan sebanyak empat kali sebelum persalinan, saat persalinan, dan tiga kali kontrol setelah persalinan sedangkan mekanisme pemberian jaminan persalinan ini diberikan seperti Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), pertolongan persalinan, pemeriksaan *Post Natal Care* (PNC) oleh tenaga kesehatan. Selain itu, pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan persalinan dengan penyulit serta komplikasi dilakukan secara berjenjang di Puskesmas dan RS berdasarkan rujukan yang ada³.

Dana yang dikeluarkan untuk program ini diperkirakan mencapai 2,3 triliun rupiah. Namun kenyataannya Jaminan Persalinan yang maksudkan untuk menghilangkan hambatan finansial bagi ibu hamil untuk mendapatkan jaminan persalinan, pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas termasuk KB pasca persalinan, dan pelayanan bayi baru lahir masih menemui banyak kendala dan hambatan. Sebagai contoh berbagai masalah perilaku pencarian persalinan yang di beberapa daerah seperti Kabupaten Sampang di Jawa Timur, Kabupaten Gayo Lues, masih banyak persalinan ke dukun bayi. Dukun bayi menurut persepsi masyarakat dari beberapa studi etnografis oleh Badanlitbangkes, Tahun 2012 yang dilakukan di Kabupaten Gayo lues dalam memberikan pertolongan persalinan mempunyai banyak kelebihan yang tidak dimiliki oleh bidan desa antara lain dukun bayi dapat menolong merawat bayi pasca persalinan seperti dapat memandikan, memijat baik ibu maupun bayinya dan dapat membantu tugas harian sang ibu. Dari sisi psikologis pertolongan persalinan oleh dukun bayi, terasa lebih dekat, seperti keluarga sendiri, dan tanpa kendala finansial, bila si ibu tidak punya uang cukup membayar sembako, ayam atau lainnya. Kelebihan lainnya adalah dukun bayi dapat dipanggil sewaktu waktu bila diperlukan tanpa rasa enggan atau tanpa persyaratan administrasi, birokrasi. Dukun bayi lebih banyak pengalaman dalam memberikan pertolongan persalinan di bandingkan bidan desa yang pada umumnya masih muda⁴. Ini merupakan tantangan yang dapat menjadi pembelajaran bagi petugas kesehatan yang akan terjun ke masyarakat, perlu ekstra kerja keras, berpikir cerdas dan perlu upaya inovasi yang harus ditumbuhkan pada bidan desa agar para ibu hamil, ibu nifas merasa menjadi bagian dari keluarga bidan ataupun petugas kesehatan.

Berdasarkan data Dirjen Gikia, Kemenkes, 90 persen kematian ibu disebabkan karena persalinan, dimana dari jumlah kematian ibu bersalin penyebab terbanyak adalah karena perdarahan. Target MDGs dalam meningkatkan kesehatan ibu akan tercapai apabila 50% kematian ibu dapat dicegah dan hal tersebut dapat dicapai antara lain dengan meningkatkan cakupan K1, K4, memastikan memastikan bidan tinggal di desa, meningkatkan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, meningkatkan cakupan peserta KB terutama dengan metode kontrasepsi jangka panjang, serta pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam bidang kesehatan. Penelitian ini dimaksudkan untuk menganalisis seberapa besar prevalensi rasio perilaku ibu hamil dalam pemeriksaan ANC terhadap ketersediaan fasilitas, tenaga kesehatan dalam upaya mencapai

target MDGS dengan meningkatkan cakupan K1, K4. Apakah penempatan bidan desa, meningkatkan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, meningkatkan cakupan peserta KB terutama dengan metode kontrasepsi jangka panjang, serta pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam bidang kesehatan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pemangku kebijakan Kementerian Kesehatan dalam memperbaiki kebijakan pelayanan kesehatan ibu dan anak di era JKN, dan KIS.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Studi ini merupakan evaluasi pelaksanaan kebijakan, *implementation research*. Sesuai dengan jenis data, maka uji analisis melalui 2 tahap⁵, yaitu 1) Analisis, univariat, bivariat untuk analisis hubungan dua variabel yaitu analisis chisquare, dan 2) Analisis korelasi Pearson untuk melihat hasil prevalen ratio antara gabungan data Riskesdas 2010 dengan data Rifaskes tahun 2011. Pada langkah pertama data Riskesdas 2010 yang merupakan perwakilan kabupaten, kita analisis per propinsi disetarakan dengan

rakteristik Ibu hamil meliputi pendidikan dan status sosial ekonomi, 2) Perilaku ibu hamil, ibu bersalin dan nifas: a. Aksesibilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak di puskesmas, polindes dan poskesdes, b. ksesibilitas puskesmas perawatan dan non perawatan, c. Provider kesehatan: Nakes: Pendidikan, pelatihan, kemitraan dan sosialisasi program KIA.

Analisis data Riskesdas Tahun 2010, 2013 dan data Rifaskes Tahun 2011 terlebih dahulu melalui proses coding, editing, entry data oleh Tim manajemen data Riskesdas, analisis lanjut terhadap variabel dilakukan oleh Tim Peneliti.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden

Dari data riskesdas tahun 2010 diperoleh jumlah subyek yang memenuhi kriteria penelitian yaitu pernah hamil atau melahirkan dalam periode 5 tahun sebelum pengumpulan data sebanyak 20.227 orang ibu, dengan distribusi menurut pendidikan, status ekonomi sebagai berikut.

Pendidikan

Tabel 1. Distribusi Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir Berdasarkan Pendidikan Menurut Riskesdas 2010

Tingkat Pendidikan	Daerah		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
Tdk pernah sekolah	105 (1,0%)	374 (3,7%)	479 (2,4%)
Tdk tamat SD/MI	568 (5,6%)	1466 (14,4%)	2034 (10,1%)
Tamat SD/MI	2060 (20,5%)	3895 (38,3%)	5955 (29,4%)
Tamat SLTP/MTs	2219 (22,0%)	2360 (23,2%)	4579 (22,6%)
Tamat SLTA/MA	3787 (37,6%)	1657 (16,2%)	5444 (26,9%)
Tamat D1/D2/D3	607 (6,0%)	235 (2,3%)	842 (4,2%)
Tamat PT	721 (7,2%)	173 (1,7%)	894 (4,4%)
Total	10067 (100,0%)	10160 (100,0%)	20227 (100,0%)

analisis rifaskes 2011 yang kita tarik juga analisis per provinsi sehingga unit analisisnya sama perpropinsi. Setelah unit level analisisnya sama yaitu tingkat propinsi barulah di analisis korelasi Pearson.

Populasi adalah seluruh masyarakat Indonesia, yang dapat mewakili propinsi dan representative untuk nasional. Pengambilan sample memakai sample Susenas⁶. Sampel penelitian adalah Wanita Usia Subur (WUS). Variabel yang dianalisis adalah 1) Ka-

Berdasarkan Tabel di atas tampak bahwa persentase ibu hamil berdasarkan tingkat pendidikan lebih banyak diperkotaan tamat SLTA (37,6%), sedangkan di daerah pedesaan prevalensi terbanyak ibu pernah hamil berpendidikan tamat SD/MI (38,3%). Ibu pernah hamil yang bertempat tinggal di perkotaan mempunyai pendidikan lebih tinggi dibandingkan pedesaan.

Status Ekonomi

Tabel 2. Distribusi Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir Berdasarkan Status Ekonomi Riskesdas Tahun 2010

Status Ekonomi	Daerah		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
Kuintil 1	1471 (14,6%)	3529 (34,7%)	5000 (24,7%)
Kuintil 2	1949 (19,4%)	2576 (25,4%)	4525 (22,4%)
Kuintil 3	2168 (21,5%)	2031 (20,0%)	4199 (20,8%)
Kuintil 4	2354 (23,4%)	1329 (13,1%)	3683 (18,2%)
Kuintil 5	2125 (21,1%)	695 (6,8%)	2820 (13,9%)
Total	10067 (100,0%)	10160 (100,0%)	20227 (100,0%)

Tabel di atas tampak persetase ibu hamil dengan status ekonomi miskin (kuintil 1) di perkotaan 14,6%, pedesaan 34,7%, sedangkan status ibu hamil kaya (kuintil 5) di perkotaan 21,1%, pedesaan 6,8%. Intervensi PMT Ibu hamil di pedesaan seharusnya menjadi prioritas program KIA kabupaten, kota.

Menganalisis Prevalen Rasio perilaku ibu hamil, ibu nifas dalam kaitan dengan Sarpras Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi

a. Lokasi Puskesmas

Berdasarkan Tabel di atas tampak bahwa rerata puskesmas perkotaan secara nasional 25% berada di perkotaan, sedangkan puskesmas pedesaan hampir 74,2% berada di pedesaan. Sulawesi barat puskesmas perkotaan hanya 9,8%, puskesmas pedesaan 90,2%.

Puskesmas perawatan di perkotaan 20,6%, di pedesaan puskesmas perawatan 37,9% seharusnya memang lebih banyak puskesmas perawatan di pedesaan karena di pedesaan pada umumnya tidak ada rumah sakit, sehingga keberadaan puskesmas perawatan sangat diperlukan.

Tabel 3. Persentase Lokasi Puskesmas berdasarkan perkotaan dan pedesaan di masing-masing Propinsi di Indonesia Risfaskes Tahun 2011

Provinsi	Lokasi		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
NAD	81 (25,6%)	236 (74,4%)	317 (100,0%)
Sumatra Utara	134 (25,7%)	388 (74,3%)	522 (100,0%)
Sumatra Barat	93 (36,8%)	160 (63,2%)	253 (100,0%)
Riau	53 (26,4%)	148 (73,6%)	201 (100,0%)
Jambi	43 (24,7%)	131 (75,6%)	174 (100,0%)
Sumatra Selatan	83 (27,2%)	222 (72,8%)	305 (100,0%)
Bengkulu	40 (23,0%)	134 (77,0%)	174 (100,0%)
Lampung	62 (23,2%)	205 (76,8%)	267 (100,0%)
Bangka Belitung	22 (37,9%)	36 (62,1%)	58 (100,0%)
Kepulauan Riau	32 (49,2%)	33 (50,8%)	65 (100,0%)
DKI Jakarta	337 (100,0%)	0 (0,0%)	337 (100,0%)
Jawa Barat	284 (27,3%)	758 (72,7%)	1042 (100,0%)
Jawa Tengah	143 (16,5%)	724 (83,5%)	867 (100,0%)
DI Yogyakarta	24 (19,8%)	97 (80,2%)	121 (100,0%)
Jawa Timur	166 (17,5%)	783 (82,5%)	949 (100,0%)
Banten	80 (36,5%)	139 (63,5%)	219 (100,0%)
Bali	31 (27,2%)	83 (72,8%)	114 (100,0%)
Nusa Tenggara Barat	28 (18,5%)	123 (81,5%)	151 (100,0%)
Nusa Tenggara Timur	29 (8,9%)	298 (91,1%)	327 (100,0%)
Kalimantan Barat	54 (23,1%)	180 (76,9%)	234 (100,0%)
Kalimantan Tengah	49 (27,2%)	131 (72,8%)	180 (100,0%)
Kalimantan Selatan	57 (25,6%)	166 (74,4%)	223 (100,0%)
Kalimantan Timur	78 (35,8%)	140 (64,2%)	218 (100,0%)
Sulawesi Utara	48 (27,7%)	125 (72,3%)	173 (100,0%)
Sulawesi Tengah	26 (15,5%)	142 (84,5%)	168 (100,0%)
Sulawesi Selatan	79 (18,9%)	339 (81,1%)	418 (100,0%)
Sulawesi Tenggara	44 (17,8%)	203 (82,2%)	247 (100,0%)
Gorontalo	15 (17,9%)	69 (82,1%)	84 (100,0%)
Sulawesi Barat	8 (9,8%)	74 (90,2%)	82 (100,0%)
Maluku	45 (27,3%)	120 (72,7%)	165 (100,0%)
Maluku Utara	27 (26,5%)	75 (73,5%)	102 (100,0%)
Irian Jaya Barat	20 (16,9%)	98 (83,1%)	118 (100,0%)
Papua	53 (17,1%)	257 (82,9%)	310 (100,0%)
Rerata Nasional	2368 (25,8%)	6817 (74,2%)	9185 (100,0%)

Tabel 4. Persentase Jenis Puskesmas Perawatan dan Non Perawatan Berdasarkan karakteristik perkotaan dan Pedesaan di Propinsi di Indonesia Berdasarkan Risfaskes Tahun 2011

Jenis Puskesmas	Daerah		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
Perawatan	487 (20,6%)	2586 (37,9%)	3073 (33,5%)
Non Perawatan	1879 (79,4%)	4229 (62,1%)	6108 (66,5%)
Total	2366 (100,0%)	6815 (100,0%)	9181 (100,0%)

Tabel 5. Persentase Puskesmas Status Terpencil Berdasarkan karakteristik perkotaan dan Pedesaan di Propinsi di Indonesia Berdasarkan Risfaskes Tahun 2011

Keterpencilan	Daerah		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
Sangat terpencil	50 (2,1%)	850 (12,5%)	900 (9,8%)
Terpencil	145 (6,1%)	1447 (21,3%)	1592 (17,4%)
Biasa	2173 (91,8%)	4509 (66,3%)	6682 (72,8%)
Total	2368 (100,0%)	6806 (100,0%)	9174 (100,0%)

Puskesmas dengan status terpencil di pedesaan cukup banyak sekitar 21,3%, di kota 6,1%. Puskesmas sangat terpencil di Indonesia hanya 9,8%.

Ketenagaan (Dokter, Bidan, dan Bidan Desa)

Distribusi tenaga kesehatan berdasarkan kuantitas, dan jenis tenaga dapat di tampilkan berdasarkan tabel di bawah ini.

Berdasarkan Tabel di atas tampak bahwa keberadaan tenaga dokter di perkotaan (98,4%) lebih besar proporsinya daripada di pedesaan 94,9%, namun di perkotaan ketidak beradaan dokter 1,6%, di pedesaan ketidak beradaan dokter lebih banyak 5,1%.

Tabel 6. Persentase Tenaga Dokter di Puskesmas Berdasarkan Karakteristik Perkotaan dan Pedesaan di Propinsi di Indonesia Berdasarkan Risfaskes Tahun 2011

Tenaga dokter	Daerah		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
Ada	2284 (98,4%)	6314 (94,9%)	8598 (95,8%)
Tidak ada	37 (1,6%)	341 (5,1%)	378 (4,25%)
Total	2321 (100,0%)	6655 (100,0%)	8976 (100,0%)

Tabel 7. Persentase Puskesmas dengan tenaga dokter, persentase desa yang memiliki bidan desa, persentase bidan desa tinggal di desa, desa dengan Polindes dan Poskesdes berdasarkan data Risfaskes Tahun 2010

Provinsi	Puskesmas dgn dokter (%)	Desa dgn bidan desa (%)	Bidan tinggal di desa (%)	Desa dengan Polindes (%)	Desa dgn Poskesdes (%)
NAD	96,85	84,74	69,34	21,46	17,65
Sumatra Utara	92,15	86,63	83,55	27,75	37,68
Sumatra Barat	96,84	66,76	90,04	23,82	22,32
Riau	97,01	91,59	89,91	23,99	35,61
Jambi	95,98	84,78	90,31	26,98	35,81
Sumatra Selatan	89,84	87,95	87,90	40,90	60,40
Bengkulu	95,98	78,71	89,86	17,06	25,29
Lampung	99,25	86,61	83,87	17,70	37,59
Bangka Belitung	98,28	95,45	81,54	50,63	68,74
Kepulauan Riau	100,00	86,14	85,71	53,56	29,79
DKI Jakarta	98,52
Jawa Barat	96,93	97,41	91,82	22,68	29,20
Jawa Tengah	98,73	97,45	90,40	41,36	51,79
DI Yogyakarta	100,00	80,43	52,18	10,73	49,51
Jawa Timur	99,16	90,99	86,88	53,47	33,44
Banten	92,24	97,73	87,50	10,39	15,22
Bali	100,00	94,83	61,12	11,57	47,38
Nusa Tenggara Barat	97,35	89,48	84,06	54,27	42,34
Nusa Tenggara Timur	88,07	56,40	84,97	39,98	16,10
Kalimantan Barat	85,90	72,97	83,93	55,08	44,99
Kalimantan Tengah	92,22	65,20	80,78	35,38	27,20
Kalimantan Selatan	95,96	85,54	80,85	41,68	37,19
Kalimantan Timur	97,71	58,31	79,84	27,12	18,55
Sulawesi Utara	93,64	51,69	73,13	15,42	22,01
Sulawesi Tengah	86,31	73,41	85,18	24,83	42,86
Sulawesi Selatan	92,58	89,74	79,82	21,24	43,64
Sulawesi Tenggara	85,43	83,87	69,88	18,99	28,94
Gorontalo	82,14	76,20	55,90	17,68	40,13
Sulawesi Barat	93,90	74,85	87,71	18,39	48,10
Maluku	88,48	57,72	83,35	31,05	31,47
Maluku Utara	84,31	44,10	74,49	27,77	13,50
Irian Jaya Barat	73,73	31,76	87,12	31,83	4,84
Papua	64,52	41,86	81,44	21,25	9,63
Total	93,61	83,01	83,87	31,76	34,11

Berdasarkan Tabel di atas tampak bahwa bidan desa yang tidak tinggal di desa banyak terjadi di propvinsi DIY, NAD, Gorontalo, dan Bali, sedangkan kebalikannya bidan desa banyak tinggal di desa dengan jumlah bidan desa lebih dari 1 di setiap desa yaitu di propvinsi NTT, Maluku utara, Maluku, irian barat dan Papua.

Ketersediaan Buku Pedoman/Modul

huan bidan. Fenomena ini mestinya tidak perlu terjadi karena pencetakan buku pedoman KIA sudah difasilitasi oleh pemerintah melalui kebijakan penyaluran dana BOK.

Pelatihan penanganan Asfiksia 51,5% puskesmas, terdapat 48,5% puskesmas belum pernah mendapatkan pelatihan. Pelatihan penanganan Asfiksia penting untuk mencegah kematian bayi, pencatatan kohor bayi penting untuk memantau pertumbuhan

Tabel 8. Persentase Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir Berdasarkan Frekuensi ANC selama hamil Risfaskes Tahun 2010

Ketersediaan	Daerah		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
Buku KIA	1845 (79,2%)	5144 (77,4%)	6989 (77,8%)
Pedoman Manajemen Asfiksia	1016 (43,6%)	2688 (40,4%)	3704 (41,3%)
Modul Manajemen BBLR	922 (39,6%)	2385 (35,9%)	3307 (36,8%)

Persentase Buku KIA di puskesmas 77,8%, berarti terdapat 23,12% puskesmas tidak memilikinya. Rendahnya ketersediaan buku pedoman manajemen asfiksia 41,3%, BBLR 36,8% puskesmas memilikinya. Pentingnya ketersediaan berbagai buku, pedoman KIA terkait dengan keterampilan dan pengeta-

dan perkembangan kesehatan bayi. Pelatihan pada bidan dalam upaya preventif dan promotif dalam penanganan kasus Asfiksia, pencatatan kohor bayi seharusnya dapat difasilitasi dengan adanya kebijakan BOK, JKN pada setiap puskesmas sesuai dalam juknis.

Tabel 9. Persentase Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir Berdasarkan Frekuensi ANC selama hamil Risfaskes Tahun 2010

Kegiatan	Daerah		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
Pencatatan Kohor Bayi	2077 (89,1%)	5833 (87,8%)	7910 (88,1%)
Pelatihan Manajemen Asfiksia	1258 (54,0%)	3368 (50,7%)	4626 (51,5%)
Pelatihan Manajemen BBLR	1124 (48,2%)	3050 (45,9%)	4174 (46,5%)
Pemasangan Alkon mantap	2110 (90,5%)	5794 (87,2%)	7904 (88,0%)
Penanganan Komplikasi KB	1563 (67,1%)	4228 (63,6%)	5791 (64,5%)
Konsultasi KB	2243 (96,2%)	6359 (95,7%)	8602 (95,8%)

Tabel 10. Distribusi Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir Berdasarkan Umur Kehamilan Saat ANC pertama kali Riskesdas Tahun 2010

Umur kehamilan saat ANC pertama kali	Daerah		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
3 bulan pertama	8305 (82,5%)	6844 (67,4%)	15149 (74,9%)
4-6 bulan	997 (9,9%)	1489 (14,7%)	2486 (12,3%)
7 bulan ke atas	499 (5,0%)	736 (7,2%)	1235 (6,1%)
Tidak tahu	266 (2,6%)	1091 (10,7%)	1357 (6,7%)
Total	10067 (100,0%)	10160 (100,0%)	20227 (100,0%)

Tabel 11. Persentase Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir Berdasarkan Tindakan yang dilakukan bila mengalami kesulitan/komplikasi setelah persalinan menurut Riskesdas Tahun 2010

Yang dilakukan	Daerah		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
Tdk melakukan apa2	459 (26,5%)	453 (28,0%)	912 (27,3%)
Istirahat	905 (52,3%)	975 (60,30%)	1880 (56,2%)
Minum obat	566 (32,7%)	606 (37,5%)	1172 (35,0%)
Minum jamu	307 (17,8%)	306 (18,9%)	613 (18,3%)
Ke dukun	73 (4,2%)	182 (11,3%)	255 (7,6%)
Ke bidan	434 (25,1%)	430 (26,6%)	864 (25,8%)
Ke dokter	166 (9,6%)	77 (4,8%)	243 (7,3%)
Ke Puskesmas/Pustu	105 (6,1%)	146 (9,0%)	251 (7,5%)
Ke Polindes/Poskesdes	26 (1,5%)	74 (4,6%)	100 (3,0%)
Lainnya	296 (17,1%)	191 (11,8%)	487 (14,6%)

Umur kehamilan saat ANC pertama kali didominasi pertama pada kelompok umur 3 bulan pertama di perkotaan 82,5%, di pedesaan 67,4%. Terlihat trend semakin besar prevalensi pola umur kehamilan pemeriksaan ANC pertamakali pada umur kehamilan yg semakin tua di pedesaan dibandingkan perkotaan bahkan yang menjawab tidak tahu umur kehamilan saat ANC pertamakali pun di pedesaan 10,7%.

Minum obat bila mengalami kesulitan paska persalinan dilakukan oleh ibu bersalin di perkotaan 32,7% di pedesaan 37,5%. Pergi ke bidan bila ada kesulitan/komplikasi setelah persalinan sebanyak 25,1% di perkotaan, 26,6% di pedesaan. Istirahat juga dilakukan oleh ibu bersalin yang mengalami kesulitan setelah persalinan 52,3% ibu di perkotaan, 60,30% di pedesaan. Pergi ke dukun 11,3% responden di pedesaan, responden perkotaan hanya 4,2% pergi ke dukun bila mengalami kesulitan setelah persalinan.

Akses pelayanan TT yang dilakukan oleh seorang dokter mempunyai prevalensi rasio lebih rendah dibandingkan akses oleh bidan di poskesdes, namun mempunyai nilai lebih tinggi dibandingkan bidan desa yang tinggal di desa. Demikian pula pada pelayanan ANC trimester 1 pelayanan oleh tenaga dokter lebih tinggi prevalensi rasio mendekati nilai satu dan mempunyai nilai yang bermakna secara statistik dibandingkan pelayanan ANC oleh bidan desa.

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tergolong tinggi, jika dibandingkan dengan negara lain di kawasan ASEAN. Berdasarkan Human Development Report 2010, AKB di Indonesia mencapai 31 per 1.000 kelahiran.

Hal ini menunjukkan bahwa 5,2 kali lebih tinggi dibandingkan Malaysia. Dibandingkan Filipina 1,2 kali lebih tinggi dan 2,4 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan Thailand.

Tabel 12. Distribusi Ibu Pernah Hamil dalam Lima Tahun Terakhir Berdasarkan Pemberian Vitamin A saat Nifas Riskesdas Tahun 2010

Vitamin A saat nifas	Daerah		Total
	Perkotaan	Perdesaan	
Ya	5682 (56,4%)	4747 (46,7%)	10429 (51,6%)
Tidak	3641 (36,2%)	4727 (46,5%)	8368 (41,4%)
Tidak tahu	744 (7,4%)	686 (6,8%)	1430 (7,1%)
Total	10067 (100,0%)	10160 (100,0%)	20227 (100,0%)

Pemberian vitamin A setelah nifas di perkotaan 56,4% lebih banyak dibandingkan pedesaan 46,7%, namun ibu nifas yang tidak diberi vitamin A lebih banyak di pedesaan 46,7% di bandingkan ibu nifas di perkotaan 36,2%.

Meski angka prevalensi malnutrisi anak menurun, namun masih tergolong tinggi. Prevalensinya mencapai 42%, di Srilanka yang memiliki tingkat pendapatan kotor per kapita (GDP) yang lebih rendah daripada Indonesia, tingkat prevalensi malnutrisi anaknya hanya 18%.

Tabel 13. Hubungan dan besaran prevalensi rasio ketenagaan dan ketersediaan polindes dan poskesdes dengan akses pelayanan ANC berdasarkan Riskesdas 2010 dan Risfaskes Tahun 2010

Akses Pelayanan (%)	Puskesmas dgn dokter (%)	Desa dgn bidan desa (%)	Bidan tinggal di desa (%)	Desa dgn Polindes (%)	Desa dgn Poskesdes (%)
TT	r=0,359* p=0,040	r=0,089 p=0,630	r=-0,285 p=0,114	r=-0,030 p=0,873	r=0,102 p=0,578
KB	r=0,570* p=0,001	r=0,553* p=0,001	r=-0,045 p=0,807	r=0,164 p=0,370	r=0,449* p=0,010
ANC Nakes	r=0,826* p=0,000	r=0,612* p=0,000	r=-0,075 p=0,682	r=0,055 p=0,765	r=0,432* p=0,014
ANC ≥4 kali	r=0,726* p=0,000	r=0,462* p=0,008	r=-0,128 p=0,485	r=0,153 p=0,402	r=0,245 p=0,177
ANC Trimester 1	r=0,771* p=0,000	r=0,638* p=0,000	r=0,035 p=0,849	r=0,160 p=0,382	r=0,339 p=0,057
ANC Trimester 2	r=0,777* p=0,000	r=0,557* p=0,001	r=-0,089 p=0,628	r=0,070 p=0,702	r=0,355* p=0,046
ANC Trimester 3 ≥1 kali	r=0,706* p=0,000	r=0,438* p=0,012	r=-0,124 p=0,499	r=0,133 p=0,468	r=0,267 p=0,139

Keterangan : * ada korelasi (p<0,05)



PEMBAHASAN

Tingkat pendidikan Ibu hamil pada umumnya 29,4% berpendidikan tamat SD sangat berperan dalam menyumbang angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Berdasarkan teori perilaku *Health belief models* adanya kesakitan yang dirasakan (*perceived severity*) dan manfaat yang dirasakan dari tindakan yang di ambil (*perceived benefit of action*) dapat memengaruhi persepsi ibu hamil⁷. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap persepsi menjaga kehamilan dan pencarian pertolongan persalinan yang aman. Persepsi ini berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu dan bayi yang terbanyak terjadi pada saat persalinan, pasca persalinan, dan hari-hari pertama kehidupan bayi masih menjadi tragedi yang terus terjadi di negeri ini. Diperlukan kehandalan upaya preventif, promotif dari bidan dengan inovasi metode baru, di samping memberikan *transfer knowledge* pada lintas sektor bersama sama berupaya menurunkan AKI dan AKB. Perlu membangun sistem dikaitkan dengan target *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015, yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi 23 per 100.000 kelahiran hidup yang harus dicapai.

Kementerian kesehatan menargetkan angka kematian ibu pada 2010 sekitar 226 orang dan tahun 2015 menjadi 102 orang per tahun. Sebagai wujud upaya terobosan dan terbukti mampu meningkatkan indikator proksi (persalinan oleh tenaga kesehatan) dalam penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi adalah Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program dengan menggunakan "stiker" ini, dapat meningkatkan peran aktif suami (suami Siaga), keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman. Program ini juga meningkatkan persiapan menghadapi komplikasi pada saat kehamilan, terma-

suk perencanaan pemakaian alat/obat kontrasepsi pasca persalinan. Selain itu, program P4K juga mendorong ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan, bersalin, pemeriksaan nifas dan bayi yang dilahirkan oleh tenaga kesehatan terampil termasuk skrining status imunisasi tetanus lengkap pada setiap ibu hamil. Kaum ibu juga didorong untuk melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dilanjutkan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan⁸.

Perencanaan persalinan dapat dilakukan manakala ibu, suami dan keluarga memiliki pengetahuan mengenai tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas, asuhan perawatan ibu dan bayi, pemberian ASI, jadwal imunisasi, serta informasi lainnya. Semua informasi tersebut ada di dalam Buku KIA yang diberikan kepada ibu hamil setelah didata melalui P4K. Buku KIA juga berfungsi sebagai alat pemantauan perkembangan kesehatan ibu hamil serta pemantauan pertumbuhan bayi sampai usia 5 tahun. Pemerintah melalui Departemen Kesehatan juga menerapkan Strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) atau 'Membuat Kehamilan Lebih Aman', yang merupakan penajaman dari kebijakan sebelumnya tentang 'Penyelamatan Ibu Hamil'. Strategi MPS yang memberi penekanan kepada aspek medis, walaupun tidak mengabaikan aspek non-medis. MPS sebagai strategi pembangunan kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010 pada 12 Oktober 2000 sebagai bagian dari program *Safe Motherhood*. Dalam arti kata luas tujuan *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer* sama, yaitu melindungi hak reproduksi dan hak asasi manusia dengan mengurangi beban kesakitan, kecacatan dan kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan yang sebenarnya tidak perlu terjadi. MPS merupakan strategi sektor kesehatan yang fokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam melaksanakan intervensi klinis dan pelayanan kesehatan. MPS dilaksanakan berdasarkan berbagai upaya yang telah ada dengan penekanan pada pentingnya kemitraan antara sektor pemerintah, lembaga pembangunan, sektor swasta, keluarga dan anggota masyarakat.

Berbagai upaya memang telah dilakukan untuk menurunkan kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan balita. Penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas perawatan dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah sakit.

Upaya terobosan yang paling mutakhir adalah program (Jampersal) yang digulirkan sejak 2011. Program Jampersal ini diperuntukan bagi seluruh ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir yang belum memiliki jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan. Keberhasilan Jampersal tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pelayanan kesehatan namun juga kemudahan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan disamping pola pencarian pertolongan kesehatan dari masyarakat, sehingga dukungan dari lintas sektor dalam hal kemudahan transportasi serta pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting.

Melalui program ini, pada tahun 2012 Pemerintah menjamin pembiayaan persalinan sekitar 2,5 juta ibu hamil agar mereka mendapatkan layanan persalinan oleh tenaga kesehatan dan bayi yang dilahirkan sampai dengan masa neonatal di fasilitas kesehatan. Program yang punya slogan Ibu Selamat, Bayi Lahir Sehat ini diharapkan memberikan kontribusi besar dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Pada kenyataannya berbagai upaya tersebut tidak mampu menurunkan AKI, AKB, malah ada kecenderungan naik. Mengacu pada hasil Survey Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012 AKI berada di 359/100.0000 kelahiran. Upaya-upaya inovasi yang memiliki daya ungkit yang tinggi harus segera didepankan.

Pada awal tahun 2014 Indonesia telah melaksanakan Sistem Jaminan Sosial Nasional atau yang dikenal dengan istilah jaminan kesehatan nasional / JKN. Di era JKN ini Pemerintah daerah, baik itu di tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota juga diharapkan memiliki komitmen untuk terus memperkuat sistem kesehatan. JKN diharapkan secara sistem sudah tinggal landas pada tahun 2019. Selama proses transisi ini diharapkan Pemerintah provinsi dapat mendukung peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan termasuk pelayanan persalinan. Pelayanan kesehatan dasar yang diberikan melalui puskesmas hendaknya diimbangi dengan ketersediaan RS Rujukan Regional dan RS Rujukan Provinsi yang terjangkau dan berkualitas. Dukungan pemerintah provinsi diharapkan juga diimbangi dengan dukungan pemerintah kabupaten/kota dalam implementasi upaya penurunan kematian ibu dan bayi. Antara lain melalui penguatan SDM, ketersediaan obat-obatan dan alat kesehatan, anggaran, dan penerapan tata kelola yang baik (*good governance*) di tingkat kabupaten/kota⁹.

Menurut analisis penulis bahwa keberhasilan percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru

lahir tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pelayanan kesehatan namun juga kemudahan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan disamping pola pencarian pertolongan kesehatan dari masyarakat. Perbaikan infrastruktur yang akan menunjang akses kepada pelayanan kesehatan seperti transportasi, ketersediaan listrik, ketersediaan air bersih dan sanitasi, serta pendidikan dan pemberdayaan masyarakat utamanya terkait kesehatan ibu dan anak yang menjadi tanggung jawab sektor lain memiliki peran sangat besar. Upaya inovatif tersebut antara lain; penggunaan teknologi terkini pada *transfer of knowledge* maupun pendampingan dalam memberi pelayanan serta pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan 'SMS', metode pendampingan pada *capacity building* baik dalam hal manajemen program maupun peningkatan kualitas pelayanan, serta memberi kewenangan lebih pada tenaga kesehatan yang sudah terlatih pada daerah dengan kriteria khusus dimana ketidakterediaan tenaga kesehatan yang berkompeten.

Beberapa upaya yang semestinya dilaksanakan adalah dengan peningkatan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan neonatal dengan cara memastikan intervensi medis prioritas yang mempunyai dampak besar pada penurunan kematian dan tata kelola klinis (*clinical governance*) diterapkan di RS dan Puskesmas. Upaya ini memerlukan sinergisme antar profesional terkait. Beberapa *pilot project* percontohan antara lain program EMAS ini dengan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas sampai ke RS rujukan di tingkat kabupaten/kota. Masyarakat harus dilibatkan dalam menjamin akuntabilitas dan kualitas fasilitas kesehatan ini dari sisi non teknis misalnya dalam pemantauan wilayah setempat (PWS KIA), sehingga masyarakat tahu mana daerah rawan kematian ibu, dan bayi. Program PWS non teknis ini juga dapat mengembangkan mekanisme umpan balik dari masyarakat ke pemerintah daerah menggunakan teknologi informasi seperti media sosial dan SMS gateway, dan memperkuat forum masyarakat agar dapat menuntut pelayanan yang lebih efektif dan efisien melalui forum pantau seperti *service charter* dan *Citizen Report Card* di negara maju¹⁰.

Tekad dan tujuan Kementerian Kesehatan untuk mencapai Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan dapat diraih dengan dukungan berbagai pihak, demi kesejahteraan masyarakat umumnya dan kesehatan ibu dan anak khususnya. Tak ada harapan yang tak dapat diraih dengan karya nyata melalui kerja keras dan kerja cerdas. Angka kematian

Ibu dan Bayi masih tinggi, Indonesia masih juga belum mampu mengatasi tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) yang 307 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 35 per 1.000 kelahiran hidup. "Itu berarti setiap tahun ada 13.778 kematian ibu atau setiap dua jam ada dua ibu hamil, bersalin, nifas yang meninggal karena pelbagai penyebab. AKI memang telah turun dibandingkan dengan 1990 yang masih 450 per 100.000 kelahiran hidup. Namun, dilihat kecenderungannya, maka target *millennium development goals* 125 per 100.000 kelahiran hidup tidak akan tercapai tanpa upaya percepatan. Sedangkan penurunan AKB Dan Angka Kematian Balita (AKBA) pada kurun waktu yang sama cukup tajam, yaitu AKB dari 51 per 1.000 menjadi 35 per 1.000 kelahiran hidup dan AKBA 82,6 per 1.000 menjadi 46 per 1.000 kelahiran hidup pada kurun waktu yang sama. Angka Kematian Bayi Baru Lahir penurunannya lambat, yaitu 28,2 per 1.000 menjadi 20 per 1.000 kelahiran hidup. Penyebab langsung berkaitan dengan kematian ibu adalah komplikasi pada kehamilan, persalinan, dan nifas yang tidak tertangani dengan baik dan tepat waktu karena rendahnya *equity* kualitas pelayanan KIA berbagai daerah di Indonesia¹¹.

Kegiatan imunisasi pada bayi harus dipertahankan atau ditingkatkan cakupannya sehingga mencapai *Universal Child Immunization* (UCI) sampai di tingkat desa. Peningkatan pelaksanaan ASI eksklusif dan peningkatan status gizi serta peningkatan deteksi dan stimulasi dini tumbuh kembang jadi modal awal untuk sehat. Pencegahan dan pengobatan penyakit infeksi terutama infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), diare, dan malaria terutama di daerah endemik perlu ditingkatkan melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Kejadian komplikasi pada ibu dan bayi baru lahir sebagian besar terjadi pada masa sekitar persalinan sehingga pemeriksaan kesehatan pada saat hamil dan kehadiran serta pertolongan tenaga kesehatan yang terampil pada masa persalinan menjadi sangat penting. Menurut WHO¹² Penurunan Angka Kematian Ibu belum sesuai target MDGs, penurunan angka kematian ibu per 100 ribu kelahiran bayi hidup masih terlalu lambat untuk mencapai target tujuan Pembangunan Millenium (*Millennium Development Goals/MDGs*) dalam rangka mengurangi tiga per empat jumlah perempuan yang meninggal selama hamil dan melahirkan pada 2015.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil Riskesdas menunjukkan bahwa persentase ibu hamil yang memeriksakan kehamilan ke

tenaga kesehatan meningkat pada tahun 2013, persentase ibu yang bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan juga meningkat, namun tidak cukup memberikan kontribusi penurunan AKI yang bermakna. Hasil prevalensi rasio pemeriksaan ANC oleh tenaga dokter secara bermakna lebih tinggi daripada bidan. Terdapat kesenjangan ketersediaan buku, pedoman KIA dan pelatihan kompetensi bidan. Kesenjangan terutama daerah akses sulit kepemilikan buku KIA di puskesmas masih rendah. Rendahnya kepemilikan buku KIA pada Ibu hamil. Belum optimalnya pemanfaatan dan pengawasan daerah dalam pemanfaatan kebijakan dana BOK dalam upaya preventif dan promotif yang mestinya menjadi prioritas.

Perlu kebijakan daerah secara konkrit dan sistematis melibatkan organisasi profesi IBI, IDI bidan layak praktek sehingga dapat mempercepat penurunan angka kematian ibu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 sesuai target MDGs. Upaya peningkatan kesehatan ibu dan penurunan angka kematian ibu mustahil dapat dilakukan sendiri oleh Pemerintah, terlebih dengan berbagai keterbatasan sumber daya yang dimiliki-tenaga, sarana prasarana, dan anggaran. Belum berfungsinya upaya preventif dan promotif KIA dan pemberdayaan masyarakat oleh lintas sektor terkait seperti LKMD, PKMD, serta lembaga dan organisasi kemasyarakatan di tingkat desa terlihat dengan rendahnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan ANC pada tenaga kesehatan.

SARAN

Perlu kebijakan Nasional dalam distribusi tenaga dokter umum plus terlatih persalinan (6 bln training), terkait hasil prevalensi rasio pemeriksaan ANC secara bermakna lebih tinggi daripada bidan, diharapkan tercapai *equity* kualitas pelayanan KIA diseluruh puskesmas di Indonesia.

Perlu peningkatan pelatihan dengan mengoptimalkan dana BOK yang meningkatkan kompetensi dan keterampilan memadai bidan dalam pelayanan KIA di samping pelatihan *personal partnership* agar dapat menyaingi keterampilan emosional dukun bayi. Kebijakan Kemitraan Bidan dan dukun bayi perlu di galakkan kembali terutama daerah yang sulit di mana keberadaan bidan yang mau bertempat tinggal di desa masih rendah.

Kebijakan kabupaten kota dalam memberikan rekomendasi kelayakan bidan praktek melalui rekomendasi dari IBI atau POGI agar kualitas pelayanan KIA meningkat dan merata di seluruh kabupaten, kota. Kebijakan pembinaan dokter obgyn ke bidan

di puskesmas maupun polindes perlu terus ditingkatkan secara rutin setiap bulan yang dapat difasilitasi dengan adanya kebijakan BOK maupun JKN oleh BPJS.

Perlu sosialisasi kepersertaan JKN, KIS pada peserta mandiri atau non PBI. Sosialisasi bahwa pelayanan *antenatal care*, persaliinan di fasilitas Kesehatan tingkat pertama atau FKTP dapat dilayani. Kebijakan pengadaan buku, pedoman KIA di kabupaten, kota agar setiap puskesmas memilikinya. Kebijakan ini terkait dengan upaya preventif dan promotif, kebijakan dana BOK di puskesmas. Perlu kebijakan pemberdayaan masyarakat di daerah yang inovatif, peran lintas sektor dalam pemantauan wilayah setempat /PWS non teknis seperti penyediaan ambulan desa, kantong darah dan pemetaan daerah rawan kematian ibu dan bayi di wilayahnya.

REFERENSI

1. Kementerian Kesehatan RI, Percepatan Penurunan AKI dan AKB. Mediakom edisi 29 April 2011, Jakarta, 2011.
2. Barbara G, Calvin M, Reaching unreachable groups and Crossing Cultural barriers in Communicating Health Promotion, in book *Communiting Health strategies for Health promotion* First published, reprinted 2008, ISBN 978-1-4129 24023, Sage Publication Asia pacific Pte Ltd 33 Pekin street far East Square Singapore P 53-72
3. Kementerian Kesehatan RI, Menkes Beberkan Program Prioritas Kemenkes 2011. Press Release. (<http://www.depkes.go.id>, diakses 2 Januari 2012).
4. Pratiwi NL, Yunita F, Fachmi, Yudi, Syaiful, 2012. Buku Seri Etnografi Kesehatan Ibu dan Anak, Etnik Gayo Desa Tetinggi Kecamatan Blang Pegayon Kabupaten Gayo Lues Provinsi Nangroe Aceh Darussalam. Surabaya, 2012.
5. Dunn W, Pengantar Analisis Kebijakan Publik, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2000.
6. McDermott RJ, 1999. Inside The Academy: Profiling Dr. Lawrence W. Green. *American Journal of Health Behavior*, 1999; 23, 3-6.
7. Corcoran N, Sue C, Social and Psychological factors in communication, in book *Communiting Health strategies for Health promotion* First published, reprinted 2008, ISBN 978-1-4129 24023, Sage Publication Asia pacific Pte Ltd 33 Pekin street far East Square Singapore P 32-52.
8. Kementerian Kesehatan RI, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, 2014.
9. Dasuki Djaswadi, Kematian maternal dan perinatal: masalah, tantangan dan upaya pemecahan. Dalam buku *Reorientasi kebijakan kependudukan*, Pusat Penelitian dan Kependudukan Universitas Gadjah mada Yogyakarta, Yogyakarta, 2001.
10. Gulliford, Martin, Jose FM, Myfanwy M, David H, Barry G, Roger B, Meryl H, 2002. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy*, 2002; 7 (3).
11. Badan Pusat Statistik RI, Survei Demografi dan Kesehatan: Kesehatan reproduksi Remaja, Badan kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Badan Pusat statistik. Measure DHS, ICF International, Jakarta. 2012.
12. World Health Organization (WHO), 2012, Adolescent pregnancy:cultural complex issue:diunduh 2 juni 2015 tersedia di <http://www.who.int/buletin/volume/87/6/09020609/en>