

PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN EFEKTIFITAS PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI KALIMANTAN TIMUR

HEALTH FINANCING AND EFFECTIVENESS OF MOTHER AND CHILD HEALTH SERVICES IN EAST KALIMANTAN

Krispinus Duma

Medicine Faculty of Mulawarman University, Samarinda, East Kalimantan

ABSTRACT

Background: Financing is one of the main factors in improving health care in general and maternal and child health services in particular. East Kalimantan area, which has an abundant source of revenue, ideally has either adequate financing on health care costs and the costs associated with health managed by other agencies. Improved health status can not be handled only by health institutions but needs to be strongly supported the role of other institutions, such as the maternal and child health services to reduce maternal mortality and child according to MDG targets. But the effectiveness of health care services in addition to financing is also determined by the commitment, cooperation and cross-sectoral health policy.

Purpose: To determine the effectiveness of the financing of provincial health and maternal and child health services with indicators of maternal and child mortality rates according to the MDG targets in eastern Kalimantan.

Methods: This research is descriptive using secondary data from East Kalimantan health profile and health-related financing in other institutions 2013-2013 period. **Results:** Health financing in the province of East Kalimantan varies widely each year, the health budget in 2013 amounted to Rp. 1.875 trillion, in 2012 amounted to Rp. 1.421 trillion, and in 2011 amounted to Rp. 148.731 billion, with per capita health budgets consecutive are Rp. 572 632, Rp. 385 130 and Rp. 47,581,888. Financing associated with other health institutions in 2013 amounted to Rp. 26 632, in 2012 amounted to Rp. 21 630 and in 2011 amounted to Rp. 11 338 per person. Maternal mortality, maternity and postpartum in 2013 as many as 113, in 2012 as many as 147, and in 2011 as many as 87. The death of infants and toddlers in 2013, 2012 and 2011 as many as 623, 648 and 971.

Conclusion. The number of health financing does not determine the effectiveness of maternal and child health services, but a more important thing is the commitment and collaboration services and inter-sectoral programs that support maternal and child health services to achieve the MDGs.

Keywords. Financing health, maternal and child health services.

ABSTRAK

Latarbelakang: Pembiayaan salah satu faktor utama dalam meningkatkan pelayanan kesehatan secara umum dan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara khusus. Kalimantan timur daerah yang mempunyai pendapatan asli daerah (PAD) yang tinggi idealnya mempunyai pembiayaan yang memadai baik biaya pada pelayanan kesehatan maupun biaya yang terkait dengan kesehatan yang dikelola oleh instansi lain. Peningkatan derajat kesehatan tidak dapat ditangani hanya oleh institusi

kesehatan tetapi sangat didukung peranan institusi lainnya, seperti dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak sesuai target MDGs. Tetapi efektifitas pelayanan kesehatan selain adanya pembiayaan juga ditentukan oleh komitmen, kerjasama lintas sektoral dan kebijakan kesehatan.

Tujuan: untuk mengetahui pembiayaan kesehatan provinsi dan efektifitas pelayanan kesehatan ibu dan anak dengan indikator angka kematian ibu dan anak menurut target MDGs di Kalimantan timur.

Metode: Penelitian ini bersifat Deskriptif dengan menggunakan data sekunder berupa profil kesehatan Kalimantan Timur dan pembiayaan yang berkaitan dengan kesehatan di institusi lain periode 2011-2013. **Hasil.** Pembiayaan kesehatan di provinsi Kalimantan Timur sangat bervariasi setiap tahun, anggaran kesehatan pada tahun 2013 sebanyak Rp. 1,875 Triliun, tahun 2012 sebesar Rp. 1,421 triliun dan pada tahun 2011 sebesar Rp. 148,731 triliun dengan anggaran kesehatan perkapita berturut-turut Rp. 572.632, Rp. 385.130 dan Rp. 47,581,888. Pembiayaan yang terkait dengan kesehatan di institusi lainnya pada tahun 2013 sebesar Rp. 26.632, tahun 2012 sebesar Rp. 21.630 dan tahun 2011 sebesar Rp. 11.338 per orang. Kematian ibu hamil, bersalin dan nifas pada tahun 2013 sebanyak 113, tahun 2012 sebanyak 147 dan tahun 2011 sebanyak 87. Kematian bayi dan balita pada tahun 2013, 2012 dan 2011 sebanyak 623, 648 dan 971.

Kesimpulan: Banyaknya pembiayaan kesehatan tidak menentukan efektifitasnya pelayanan kesehatan ibu dan anak namun yang terpenting adalah komitmen pelayanan dan kerjasama lintas program dan sektoral yang mendukung pelayanan kesehatan ibu dan anak untuk mencapai target MDGs.

Kata Kunci: Pembiayaan kesehatan, pelayanan KIA.

PENGANTAR

Provinsi Kalimantan Timur mempunyai ruang fiskal tertinggi diantara provinsi di Indonesia yaitu mencapai 61,7%. Tingginya ruang fiskal di Provinsi Kalimantan Timur didukung oleh penerimaan daerah dari dana bagi hasil yang cukup besar yaitu mencapai 60,6% dari total Pendapatan Daerah. Belanja Pegawaipun di Provinsi Kalimantan Timur hanya mencapai 34,3% dari total pendapatan, dan masih menyisakan ruang fiskal yang besar sehingga porsi Belanja Modal pun masih mencapai 58,4% dari

total pendapatannya. Ruang Fiskal merupakan rasio yang menggambarkan besarnya pendapatan yang masih bebas digunakan oleh daerah untuk mendanai program/kegiatan sesuai kebutuhan¹.

Dengan besarnya ruang fiskal ini sehingga Provinsi Kalimantan Timur dijuluki daerah terkaya di Indonesia. Karena kaya sehingga bisa mengerjakan atau mendanai program atau kegiatan apapun sesuai kebutuhan dasar atau primer, sekunder maupun kebutuhan tertier di bidang kesehatan seperti bisa membiayai pelayanan kesehatan dasar, spesialisik maupun subspecialistik. Kondisi seperti ini di dalam kerangka otonomi daerah melalui PP No. 19/2010 telah ditetapkan koordinasi upaya yang dilaksanakan oleh gubernur sebagai wakil Pemerintah guna mencapai keterpaduan baik perencanaan maupun pelaksanaan tugas serta kegiatan semua instansi vertikal tingkat provinsi, antara instansi vertikal dengan satuan kerja perangkat daerah tingkat provinsi, antar kabupaten/kota dalam provinsi yang bersangkutan, serta antara provinsi dan kabupaten/kota agar tercapai efektifitas dan efisiensi penyelenggaraan pemerintahan².

Pembiayaan merupakan salah satu faktor utama dalam meningkatkan pelayanan kesehatan secara umum dan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara khusus. Daerah Kalimantan Timur yang mempunyai Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang tinggi di Indonesia idealnya mempunyai pembiayaan yang memadai baik biaya program pelayanan kesehatan oleh institusi kesehatan maupun biaya program yang terkait dengan kesehatan yang dikelola oleh instansi non-kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan tidak dapat ditangani hanya oleh institusi kesehatan tetapi sangat didukung oleh peranan institusi lainnya, seperti dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak untuk menurunkan AKI dan AKB sesuai target MDGs. Tetapi efektifitas pelayanan kesehatan selain adanya pembiayaan juga ditentukan oleh komitmen, kerjasama lintas sektoral dan kebijakan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pembiayaan kesehatan provinsi dan efektifitas pelayanan kesehatan ibu dan anak dengan indikator angka kematian ibu dan anak menurut target MDGs di Kalimantan timur.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif dengan menggunakan data sekunder berupa profil kesehatan Kalimantan Timur dan pembiayaan yang berkaitan dengan kesehatan di institusi lain periode 2013-2011.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Anggaran belanja Provinsi Kalimantan Timur yang dialokasikan pada bidang kesehatan yang terealisasi dikelola oleh Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur dan Dinas-dinas kesehatan kabupaten kota se Kalimantan Timur mengalami fluktuasi setiap tahun. Hal ini dipengaruhi oleh penyesuaian kebijakan otonomi daerah dan adanya pemekaran Provinsi Kalimantan Utara dari Provinsi Kalimantan Timur. Pembiayaan kesehatan yang terealisasi selama tiga tahun dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Biaya Kesehatan Yang Dikelola Oleh Dinas Kesehatan Provinsi Dan Dinas-Dinas Kesehatan Kabupaten Kota Se-Kalimantan Timur Tahun 2013-2011

No	Tahun anggaran	Jumlah Anggaran terealisasi	Anggaran per kapita
1	Tahun 2013	Rp1,875 Triliun,	Rp572.632,
2	Tahun 2012	Rp1,421 triliun	Rp385.130
3	Tahun 2011	Rp148,731 triliun	Rp47,581,888.

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur

Pembiayaan kesehatan yang telah terealisasi dikelola oleh institusi yang mengurus masalah kesehatan di tingkat Provinsi Kalimantan Timur seperti Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur dan tiga rumah sakit umum kelas B serta satu RS Khusus selama tahun 2013-2011 dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Realisasi Anggaran Kesehatan Pada Institusi Yang Mengurus Masalah Kesehatan Di Tingkat Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2013-2011

No	Tahun anggaran	Realisasi Anggaran yang berkaitan dengan kesehatan	Anggaran per kapita
1	tahun 2013	Rp975,105,920,654	Rp251,913
2	tahun 2012	Rp711,051,215,979	Rp188,498
3	tahun 2011	Rp747,145,043,836	Rp202,450

Sumber: Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Prov. Kaltim

Pembiayaan yang berhubungan dengan kesehatan yang terealisasi dibelanjakan oleh badan, dinas atau instansi pemerintah yang tidak mengurus masalah kesehatan namun kegiatannya berkaitan dengan kesehatan seperti penyediaan air bersih, penyediaan taman kota, penyediaan tempat pembuangan sampah dan saluran air limbah, penyuluhan KB dan kesehatan reproduksi dan lain sebagainya. Lintas institusi yang terlibat dengan kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan seperti Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana, Badan Lingkungan Hidup, Badan Ketahanan Pangan dan penyuluhan, Badan Pendidikan dan Pelatihan, Biro Sosial, Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan. Data

pembiayaan yang berkaitan dengan kesehatan disajikan pada tabel 3 berikut ini.

Tabel 3. Anggaran program yang berhubungan dengan kesehatan telah direalisasikan oleh institusi yang tidak mengurus masalah kesehatan (non-Kesehatan) tahun 2013-2011

No	Tahun anggaran	Jumlah Anggaran	Anggaran per kapita
1	Tahun 2013	Rp. 37,142,180,514	Rp. 11.338
2	Tahun 2012	Rp. 79,829,003,273	Rp. 21.630
3	Tahun 2011	Rp. 102,839,685,832	Rp. 26.632,

Sumber: Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah Prov. Kaltim

Jumlah kematian ibu yang diperinci sebagai kematian pada waktu sedang hamil, bersalin dan waktu nifas di Kalimantan Timur selama tahun 2013 sebanyak 113 dengan angka kematian ibu (AKI) sebesar 173,57 per 100000 kelahiran hidup. Demikianpun tahun berikutnya disajikan pada tabel 4 berikut ini.

Tabel 4. Kematian Ibu hamil, Bersalin dan Nifas di Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 2013-2011

No	Tahun	Kematian Ibu				Jumlah	per 100000 KH
		Hamil	Bersalin	Nifas			
1	Tahun 2013	31	33	39	113	173,57	
2	Tahun 2012	30	45	54	129	189,25	
3	Tahun 2011	23	38	12	73	106,88	

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur

Banyaknya kelahiran hidup dan mati di Kalimantan Timur pada tahun 2013-2011 serta jumlah bayi yang baru lahir ditimbang dan mengalami berat badan lahir rendah (BBLR) di sajikan pada tabel 5 berikut ini.

Tabel 5. Jumlah Kelahiran Hidup dan Mati serta Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 2013-2011

No	Tahun	Jumlah Kelahiran		Jumlah kelahiran hidup + Mati	Jumlah Bayi baru lahir ditimbang	BBLR	
		Hidup	Mati			Jumlah	%
1	Tahun 2013	65103	640	65743	45371	2075	4,60
2	Tahun 2012	68164	646	68810	43242	2696	6,23
3	Tahun 2011	68300	531	68831	46223	1203	2,6

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur.

Jumlah kematian bayi yang diperinci sebagai kematian neonatus, bayi, balita dan balita di Kalimantan Timur pada tahun 2013 sebanyak 1572 atau dengan angka kematian bayi (AKB) 24,15 per 1000 kelahiran hidup, pada tahun 2012 sebanyak 1696 atau AKB 24,88 per 1000 kelahiran hidup. Untuk selengkapnya disajikan pada tabel 6 berikut ini.

Tabel 6. Kematian Neonatal, bayi dan balita di Kalimantan Timur Pada Tahun 2013-2011

No	Tahun anggaran	Kematian				Jumlah	per 1000 KH
		Neonatus	Bayi	Batita	Balita		
1	Tahun 2013	475	414	57	626	1572	24,15
2	Tahun 2012	-	963	85	648	1696	24,88
3	Tahun 2011	-	467	155	349	971	14,23

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur.

Yang dimaksud dengan pembiayaan kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat³. Dari pengertian ini terlihat ada dua aspek pembiayaan yaitu: 1) Penyelenggara pelayanan kesehatan (provider) yaitu besarnya dana untuk menyelenggarakan upaya kesehatan berupa dana investasi dan dana operasional dan 2) Pemakai jasa pelayanan yaitu besarnya dana yang dikeluarkan untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan.

Namun dalam pembahasan ini hanya akan melihat aspek besarnya dana untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan oleh pemerintah baik oleh institusi yang mengurus masalah kesehatan maupun oleh institusi yang tidak mengurus masalah kesehatan (institusi Non-kesehatan) dan dampaknya terhadap KIA. Pada tabel 1 ditunjukkan pembiayaan kesehatan yang dikelola oleh dinas kesehatan

provinsi dan dinas-dinas kesehatan kabupaten kota se-Kalimantan Timur. Anggaran pada tahun 2011 kelihatannya banyak karena masih termasuk anggaran belanja kesehatan Kalimantan Utara sebelum meng-

alami pemekaran. Disini tidak melihat pembiayaan kesehatan perorangan atau masyarakat, hanya menggambarkan besarnya biaya yang dikelola oleh institusi penyelenggara kesehatan dan efektifitasnya terhadap pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak.

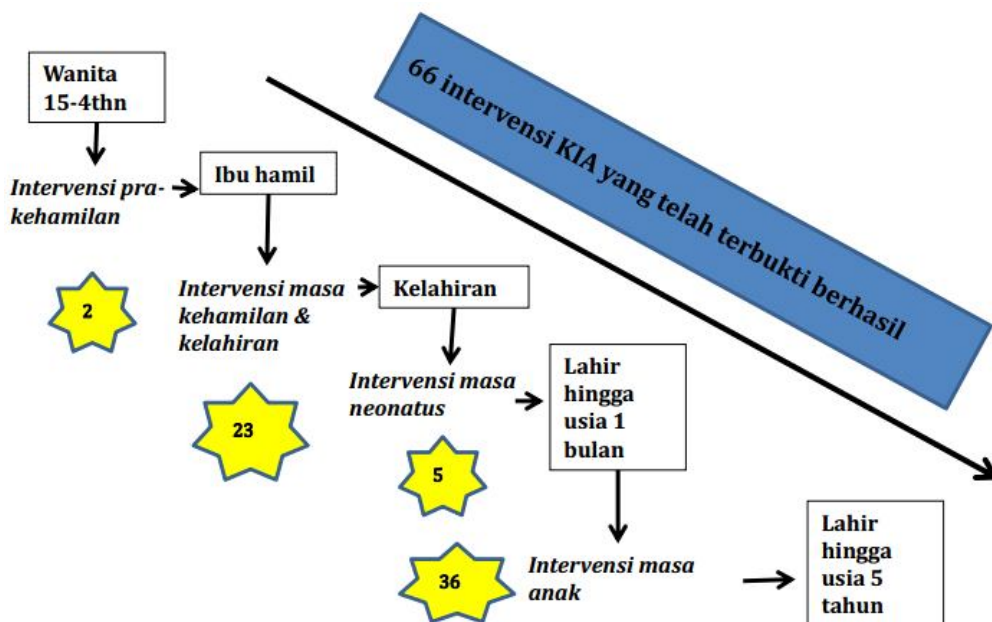
Tabel 2 menunjukkan pembiayaan kesehatan yang telah terealisasi dikelola oleh institusi yang

mengurusi masalah pelayanan kesehatan di tingkat Provinsi Kalimantan Timur seperti Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur dan tiga rumah sakit umum kelas B serta satu RS Khusus selama tahun 2013-2011. Yang termasuk dalam pembiayaan kesehatan disini berupa belanja pegawai, belanja modal dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang bersifat perorangan. Besar biaya yang dibelanjakan oleh institusi tersebut pada tahun 2013 sebesar Rp. 251.913 per kapita, pada tahun 2012 sebesar Rp. 188.498 perkapita dan pada tahun 2011 sebesar Rp. 202.450 perkapita. Pengeluaran biaya sebesar ini untuk keseluruhan kegiatan pelayanan kesehatan, belum diperinci untuk khusus kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak seberapa besar sesungguhnya.

Tabel 3 menunjukkan besarnya biaya yang dibelanjakan oleh institusi yang tidak mengurus masalah kesehatan (institusi non-kesehatan) namun mengeluarkan biaya untuk kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan seperti penyediaan air bersih, tempat pembuangan sampah, pembuatan dan perbaikan saluran pembuangan air limbah, penyediaan sarana olah raga dan taman rekreasi, penyuluhan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi dan lain sebagainya. Institusi yang termasuk tidak mengurus

masalah kesehatan namun mengalokasikan dana untuk kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan seperti Dinas Pekerjaan Umum, Dinas Peternakan, Dinas Pertanian, Dinas Perikanan dan Kelautan, Dinas Sosial, Dinas Pendidikan Nasional, Badan Lingkungan Hidup, Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa, Badan Penanggulangan Bencana Daerah, Badan Ketahanan Pangan dan Penyuluhan, Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana, serta Biro sosial. Besar pembiayaan yang terealisasi untuk kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan pada tahun 2013 rata-rata perkapita sebesar Rp. 11.338, pada tahun 2012 sebesar Rp. 21.630 dan pada tahun 2011 sebesar Rp. 26.632.

Pelayanan yang dapat meningkatkan status KIA tidak semata-mata menangani permasalahan sekitar ibu dan anak saja tetapi jauh sebelumnya seorang perempuan menjadi calon ibu mestinya sudah mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa, mental, fisik dan reproduksi. Sehubungan dengan lingkup pelayanan KIA tersebut, telah diidentifikasi 66 intervensi berbasis bukti yang efektif meningkatkan status KIA mulai dari wanita calon ibu (umur 15-49 tahun) sampai melahirkan anak dengan usia 5 tahun digambarkan sebagai berikut⁴.



Gambar 1. Intervensi berbasis bukti

Ke 66 intervensi dapat dikelompokkan dalam tiga kelompok pelayanan dan 12 sub-grup intervensi (tracer) seperti pada tabel 7 berikut ini⁵.

hidup sebanyak 68300, kelahiran mati 531, yang ditimbang 46223 dan yang mempunyai BBLR sebanyak 1203 atau sebesar 2,6%. Kejadian BBLR

Tabel 7. Jenis Pelayanan dan sub-grup Intervensi dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Pelayanan	Sub-Grup Intervensi
Pelayanan kesehatan terjadwal yang berorientasi pada populasi	Pelayanan preventif bagi perempuan Pelayanan preventif pada kehamilan Pelayanan preventif dan medis untuk HIV/AIDS
Pelayanan kesehatan di tingkat masyarakat yang berorientasi pada intervensi keluarga	Pelayanan preventif bagi bayi dan anak Pencegahan tingkat keluarga/pelayanan WASH Perawatan bayi baru lahir dalam keluarga Asupan makan bayi dan anak
Pelayanan kesehatan klinis yang berorientasi pada intervensi di tingkat individual	Manajemen terpadu Penyakit Neonatus dan anak Pelayanan klinis dasar untuk ibu dan neonatus Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau Manajemen terpadu Bayi Muda (MTBM) Manajemen klinik rujukan awal Manajemen klinik rujukan lanjutan

Pada Tabel 4 diperlihatkan jumlah kematian ibu hamil berturut-turut 31, 30 dan 23 dari tahun 2013-2011 yang cenderung makin meningkat. Hal ini menunjukkan bahwa pemeliharaan kesehatan kaum perempuan tersebut sebelum menjadi calon ibu kurang memadai. Dalam rentang masa tersebut merupakan tanggung jawab semua institusi yang mempunyai kegiatan yang terkait dengan kesehatan untuk mensejahterakan masyarakat, dan bukan cuma urusan institusi kesehatan. Jumlah kematian ibu bersalin pada tahun 2013-2011, berturut-turut sebanyak 33, 45 dan 38 mengalami fluktuasi selama tiga tahun. Kondisi ini menggambarkan pelayanan kesehatan persalinan kurang memadai yang biasa disebabkan karena masalah yang terkait keterlambatan mengambil keputusan, keterlambatan mengakses pelayanan kesehatan dan keterlambatan dalam melakukan tindakan di sarana pelayanan kesehatan. Kematian ibu nifas pada tahun 2011 sebanyak 12 mengalami kenaikan pada tahun 2012 sebesar 54 dan pada tahun 2013 sebanyak 39. Dengan demikian total kematian ibu pada tahun pada tahun 2013 sebanyak 113 atau angka kematian ibu (AKI) sebesar 173,57 per 100.000 kelahiran hidup (KH), pada tahun 2012 sebanyak 129 atau AKI sebesar 189,25 per 100.000 KH dan pada tahun 2011 sebanyak 71 atau AKI sebesar 106,88 per 100.000 KH.

Pada tabel 5 diperlihatkan jumlah kelahiran hidup pada tahun 2013 sebanyak 65103, kelahiran mati sebanyak 640, yang ditimbang sebanyak 45371 dan yang mengalami berat badan lahir rendah (BBLR) sebanyak 2075 atau sebesar 4,6%. Pada tahun 2012 jumlah kelahiran hidup sebanyak 68164, kelahiran mati sebanyak 646, yang ditimbang sebanyak 43242 dan yang mengalami BBLR sebanyak 2696 atau sebesar 6,23%. Pada tahun 2011 jumlah kelahiran

merupakan peringatan akan masalah kesehatan pada kaum perempuan sebelum menjadi ibu atau melahirkan bayi, karena titik awalnya bermula dari sana. Kejadian BBLR di negara berkembang disebabkan oleh *intra uterine growth retardation* (IUGR) dan prematuritas yang disebabkan oleh berbagai faktor seperti faktor janin, plasenta, ibu, dan kombinasi ketiganya. Faktor utama penyebab IUGR adalah status gizi ibu yang buruk pada saat konsepsi, peningkatan berat badan yang rendah karena asupan yang kurang, serta tinggi badan ibu yang pendek karena masa kanak-kanak ibu yang kurang gizi dan atau sering mengalami infeksi⁶.

Mengatasi faktor-faktor penyebab IUGR ini bukan hanya kegiatan pelayanan kesehatan oleh institusi kesehatan semata namun perlu keterlibatan kegiatan lintas sektoral dan institusi. Dengan adanya kegiatan yang mendukung kesehatan dari instansi lain sangat mempengaruhi tingkat kelahiran mati dan BBLR. Sebagai contoh untuk mengatasi calon ibu yang pendek karena kurang gizi atau karena sering mengalami infeksi pada masa kanak-kanaknya, maka diperlukan asupan makan yang banyak dengan gizi yang seimbang. Untuk mendapatkan makanan yang cukup memadai perlu dukungan pendapatan dan penghasilan yang baik melalui pekerjaan dengan pengetahuan dan keterampilan yang baik pula. Untuk mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang baik tentu melalui pendidikan dan pelatihan yang memadai. Semua rentetan kegiatan ini yang mendukung kecukupan gizi pada calon ibu-ibu yang akan melahirkan bayi nantinya yang diselenggarakan oleh institusi-institusi diluar institusi kesehatan seperti Dinas Pertanian, Dinas Perikanan Kelautan, Dinas Pendidikan, Dinas Tenaga Kerja dan lain sebagainya. Demikian pula mengatasi terjadinya infeksi diperlukan pengeta-

huan sanitasi dan hygiene yang baik, selain itu diperlukan sarana sanitasi yang memadai seperti kecukupan air bersih, tersedianya saluran pembuangan air limbah dan sampah. Kesemua kegiatan tersebut diselenggarakan oleh institusi non-kesehatan seperti Dinas Pekerjaan Umum atau Badan Lingkungan Hidup dan institusi lainnya. Oleh karena itu penting pula kiranya untuk mengetahui berapa besar pembiayaan yang dikeluarkan oleh pemerintah melalui institusi non-kesehatan untuk kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan khususnya yang dapat berhubungan dengan pelayanan KIA.

Jumlah kematian neonatus, bayi, batita dan balita di Kalimantan Timur pada tahun 2013-2011 bervariasi setiap tahun seperti diperlihatkan pada tabel 6. Pada tahun 2013 terdapat kematian neonatus (0-28 hari) sebanyak 475, kematian bayi (umur 1-12 bulan) sebanyak 414, kematian batita (umur 1-3 tahun) sebanyak 57 dan kematian balita (umur kurang dari 5 tahun) sebanyak 626. Pada tahun 2012 terjadi kematian bayi sebanyak 963, batita sebanyak 85 dan kematian balita sebanyak 648. Pada tahun 2011 kematian bayi sebanyak 467, kematian batita sebanyak 155 dan kematian balita sebesar 349. Secara keseluruhan angka kematian balita (AKB) pada tahun 2013 adalah sebesar 24,15 per 1000 kelahiran hidup, pada tahun 2012 sebesar 24,88 per 1000 KH. ini menunjukkan pemeliharaan kesehatan masyarakat dengan sanitasi dan hygiene yang tidak memadai. Perilaku hidup bersih dan sehat masih rendah di tingkat di masyarakat dan rumah tangga. Faktor risiko yang dapat dicegah ini meliputi Persediaan air yang tidak aman dan tingkat memadai sanitasi dan kebersihan meningkatkan transmisi penyakit diare (termasuk kolera); trachoma; dan hepatitis⁷.

Pelaksanaan PHBS Tingkat Rumah Tangga dapat melalui tindakan kegiatan yang meliputi: 1) Persalinan ditolong oleh tenaga Kesehatan, 2) Air Susus Ibu (ASI) Eksklusif, 3) Penimbangan Bayi dan Balita, 4) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), 5) Tidak Merokok di dalam rumah, 6) Olah Raga dan Aktivitas Fisik setiap hari, 7) Pola Makan Gizi Seimbang, 8) Penggunaan Air Bersih dalam keluarga, 9) Jamban Sehat, DAN 10) Pemberantasan Jentik Nyamuk.

Ditinjau dari sisi penyebabnya, kematian bayi ada dua macam yaitu endogen dan eksogen. Faktor endogen atau kematian neonatal disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi sampai lahir. Faktor eksogen atau kematian postnatal disebabkan oleh faktor-faktor yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar. Kematian bayi dapat pula disebabkan

oleh kurangnya kesadaran akan kesehatan ibu karena jarang memeriksakan kandungannya ke tenaga kesehatan, hamil di usia muda atau diusia terlalu tua, jarak yang terlalu sempit, kurangnya asupan gizi bagi ibu dan bayinya, makanan yang dikonsumsi ibu tidak bersih, fasilitas sanitasi dan higienis yang tidak memadai. Demikian pula kondisi ibu pada saat hamil yang kurang bagus dan kurang sehat, dapat berpengaruh pada kandungannya seperti faktor fisik, psikologis, lingkungan sosial dan budaya⁸.

Penyebab yang paling sering menyebabkan kematian ibu meliputi tiga terlambat dan empat terlalu yaitu⁹ Tiga Terlambat: 1) terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, 2) terlambat sampai di tempat pelayanan kesehatan dan 3) terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan, sedangkan Empat Terlalu, yaitu: 1) terlalu tua untuk mempunyai anak (umur lebih dari 35 tahun), 2) terlalu muda mempunyai anak (umur kurang dari 20 tahun), 3) terlalu banyak melahirkan (mempunyai anak lebih dari 4) terlalu rapat jarak untuk melahirkan anak (jarak kurang dari 2 tahun).

Hal-hal yang menyebabkan terjadinya faktor terlambat dan faktor terlalu adalah¹⁰:

1. Faktor Budaya

Pembahasan dalam konferensi kependudukan sedunia di Kairo 1994 tentang faktor budaya masih relevan sampai saat ini di Indonesia dalam hubungannya dengan kegagalan Kesehatan reproduksi karena : (1) praktek-praktek sosial yang diskriminatif; sikap-sikap negatif terhadap perempuan dan anak perempuan; (2) kekuasaan terbatas yang dimiliki banyak perempuan dan anak perempuan atas kehidupan seksual dan reproduksi mereka.

a) Budaya Patriarki dalam keluarga:

- Keputusan menikah ada di tangan orang tua (perkawinan dini akibat ketakutan menjadi perawan tua)
- Keputusan untuk mempunyai anak atau menentukan jumlah anak ada di tangan suami
- Keputusan penggunaan alat kontrasepsi ada di tangan suami
- Keputusan menentukan pertolongan persalinan ada di tangan suami
- Keputusan penanganan saat kritis atau pendarahan ada di tangan suami
- Tidak memberikan prioritas terhadap ibu melahirkan (gizi tetap diutamakan untuk kepala keluarga, ibu tetap melakukakan beban kerja yang berat)

b) Budaya Patriarki di komunitas:

- Rendahnya perhatian masyarakat terhadap masalah AKI dengan pandangan bahwa melahirkan adalah proses yang alamiah yang harus dilalui oleh perempuan.
 - Adanya anggapan bahwa mati melahirkan adalah mati syahid sehingga bersikap pasrah.
 - Data AKI tidak menjadi prioritas dan cenderung diabaikan atau disembunyikan
2. Faktor UU, Kebijakan dan Anggaran:
 - 1) UU Perkawinan No.1 Tahun 1974 melegalisasi perkawinan dini
 - 2) UU Anti Pornografi yang melarang pendidikan seksualitas dan kesehatan reproduksi
 - 3) Minimnya kebijakan pembangunan khususnya penanggulangan kemiskinan yang tidak terintegrasi dengan penanganan AKI
 - 4) Rendahnya Anggaran kesehatan reproduksi.
 3. Faktor-faktor geografis, sarana dan sumberdaya manusia merupakan faktor yang memperberat permasalahan AKI.
 4. Faktor medis yang menjadi penyebab langsung kematian ibu paling dominan adalah:
 - perdarahan 28%
 - eklamsi 24%
 - infeksi 11%
 - Komplikasi Puerperium 8%
 - partus lama/macet 5%
 - Trauma Obstetrik 5%,
 - Abortus 5%
 - Emboli Obstetrik 3 %
 - dan lainnya 11%.

Pembiayaan KIA selama ini hanya berorientasi kepada pelayanan medis yang merupakan penyebab langsung AKI dengan momentumnya singkat dan bersifat perorangan. Pembiayaan KIA belum berorientasi kepada penyebab tidak langsung KIA yang momentumnya sangat panjang dan lama secara perlahan menimpa ibu dan anak hingga mengalami kematian.

KESIMPULAN DAN SARAN

Banyaknya pembiayaan kesehatan tidak menentukan efektifitasnya pelayanan kesehatan ibu dan anak namun yang terpenting adalah komitmen pelayanan dan kerjasama lintas program dan sektoral yang mendukung pelayanan kesehatan ibu dan anak untuk mencapai target MDGs.

REFERENSI

1. DIRJEN. PERIMBANGAN KEUANGAN Kemenkeu. 2013. Deskripsi dan Analisis APBD, Jakarta.
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2010 Tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas Dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah Di Wilayah Provinsi
3. Azrul, A., 1996, Pengantar Administrasi Kesehatan, Binarupa Aksara, Jakarta.
4. <http://kesehatan-ibuanak.net/v13/images/2014/Perencanaan%20Berbasis%20Bukti%20-%20Tiara%20Marthias.pdf>
5. Kerber, K.J., Graft-Johnson, J.E., Bhutta, Z.A., Okong, P., Starrs, A., Lawn, J.E. (2007), Continuum of care for maternal, newborn and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*; 370: 1358 – 69.
6. Administrative Committee on Coordination/ Subcommittee on Nutrition. Fourth report on the world nutrition situation. Geneva: Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition in collaboration with the International Food Policy Research Institute; 2000.
7. WHO. 2014. World Health Statistic.
8. Sulistyawati, Ari. 2009. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Yogyakarta: Andi Offset.
9. Depkes. 2007. Advokasi Bayi Baru Lahir. <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2011/01/Materi-Advokasi-BBL.pdf>
10. INFID. 2013. Membedah Angka Kematian Ibu, Penyebab dan Akar Masalah Tingginya Angka Kematian Ibu, Konferensi 26-27 November 2013, Jakarta. <http://infid.org/pdfdo/1386827867.pdf>