



TUJUAN 5

Meningkatkan Kesehatan Ibu

Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu

Target 6: Menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya antara 1990 dan 2015.

Indikator:

- **Angka kematian ibu.**
- **Proporsi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih.**
- **Angka pemakaian kontrasepsi.**

Keadaan dan kecenderungan

Angka kematian ibu. Indonesia belum memiliki data statistik vital yang langsung dapat menghitung Angka Kematian Ibu (AKI). Estimasi AKI dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) diperoleh dengan mengumpulkan informasi dari saudara perempuan yang meninggal semasa kehamilan, persalinan, atau setelah melahirkan. Meskipun hasil survei menunjukkan bahwa AKI di Indonesia telah turun menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup antara 1998–2002¹, hal itu perlu ditafsirkan secara hati-hati mengingat keterbatasan metode penghitungan yang digunakan. Dari lima juta kelahiran yang terjadi di Indonesia setiap tahunnya, diperkirakan 20.000 ibu meninggal akibat komplikasi kehamilan atau persalinan.² Dengan kecenderungan seperti ini, pencapaian target MDG untuk menurunkan AKI akan sulit bisa terwujud kecuali apabila dilakukan upaya yang lebih intensif untuk mempercepat laju penurunannya.

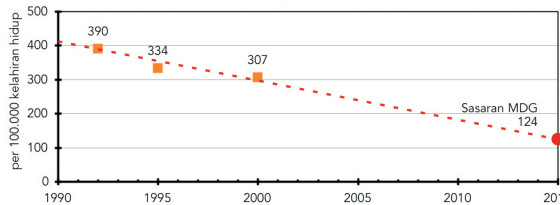
Disparitas. Seperti indikator kesehatan lain pada umumnya, terdapat perbedaan AKI antarwilayah di Indonesia. Estimasi AKI menggunakan pendekatan PMDF (*proportion of maternal deaths of female reproductive age*) tahun 1995 di lima provinsi menun-

jukkan bahwa Jawa Tengah mempunyai AKI yang lebih rendah, yaitu 248, dibandingkan adalah Papua sebesar 1.025, Maluku sebesar 796, Jawa Barat sebesar 686, dan NTT sebesar 554 per 100.000 kelahiran hidup.³

AKI di negara lain. AKI di Indonesia masih relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN. Risiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65, dibandingkan dengan 1 dari 1.100 di Thailand.⁴

Penyebab kematian ibu. adalah perdarahan, eklampsia atau gangguan akibat tekanan darah tinggi saat kehamilan, partus lama, komplikasi aborsi, dan infeksi. Perdarahan, yang biasanya tidak bisa diperkirakan dan terjadi secara mendadak, bertanggung jawab atas 28 persen kematian ibu. Sebagian besar kasus perdarahan dalam masa nifas terjadi karena retensio plasenta dan atonia uteri. Hal ini mengindikasikan kurang baiknya manajemen tahap ketiga proses kelahiran dan pelayanan emergensi obstetrik dan perawatan neonatal yang tepat waktu. Eklampsia merupakan penyebab utama kedua kematian ibu, yaitu 13 persen kematian ibu di Indonesia (rata-rata dunia adalah 12 persen)⁵. Pemantauan kehamilan secara teratur sebenarnya dapat menjamin akses terhadap perawatan yang sederhana dan

Gambar 5.1. Angka kematian ibu (AKI)



Sumber: SDKI 1994, SDKI 1997, SDKI 2002-2003

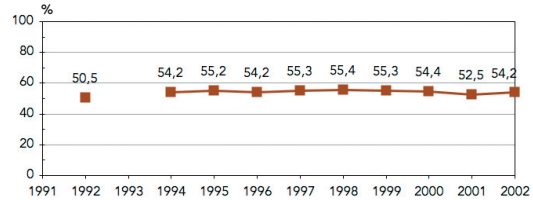
murah yang dapat mencegah kematian ibu karena eklampsia.

Aborsi yang tidak aman. bertanggung jawab terhadap 11 persen kematian ibu di Indonesia (rata-rata dunia 13 persen). Kematian ini sebenarnya dapat dicegah jika perempuan mempunyai akses terhadap informasi dan pelayanan kontrasepsi serta perawatan terhadap komplikasi aborsi. Data dari SDKI 2002–2003 menunjukkan bahwa 7,2 persen kelahiran tidak diinginkan.

Prevalensi pemakai alat kontrasepsi. Kontrasepsi modern memainkan peran penting untuk menurunkan kehamilan yang tidak diinginkan. SDKI 2002–2003 menunjukkan bahwa kebutuhan yang tak terpenuhi (*unmet need*) dalam pemakaian kontrasepsi masih tinggi, yaitu sembilan persen dan tidak mengalami banyak perubahan sejak 1997. Angka pemakaian kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate*) di Indonesia naik dari 50,5 persen pada 1992 menjadi 54,2 persen pada 2002⁶ (Gambar 5.2 dan Tabel 5.1). Untuk indikator yang sama, SDKI 2002–2003 menunjukkan angka 60,3 persen.

Sepsis sebagai faktor penting lain penyebab kematian ibu sering terjadi karena kebersihan (*hygiene*) yang buruk pada saat persalinan atau karena pe-

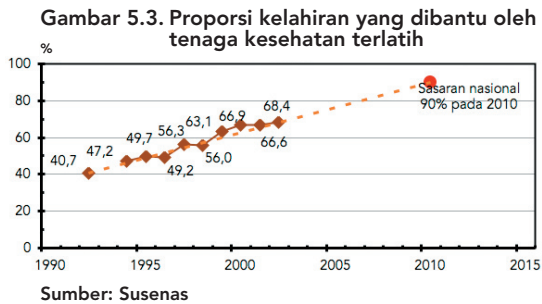
Gambar 5.2. Prevalensi kontrasepsi pada perempuan usia 15–49 tahun yang berstatus kawin



Sumber: Susenas

nyakit menular akibat hubungan seks yang tidak diobati. Sepsis ini berkontribusi pada 10 persen kematian ibu (rata-rata dunia 15 persen). Deteksi dini terhadap infeksi selama kehamilan, persalinan yang bersih, dan perawatan semasa nifas yang benar dapat menanggulangi masalah ini. Partus lama, yang berkontribusi bagi sembilan persen kematian ibu (rata-rata dunia 8 persen), sering disebabkan oleh disproporsi *cephalopelvic*, kelainan letak, dan gangguan kontraksi uterus.

Pertolongan persalinan oleh petugas kesehatan terlatih. Pola penyebab kematian di atas menunjukkan bahwa pelayanan obstetrik dan neonatal darurat serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih menjadi sangat penting dalam upaya penurunan kematian ibu. Walaupun sebagian besar perempuan bersalin di rumah, tenaga terlatih dapat membantu mengenali kegawatan medis dan membantu keluarga untuk mencari perawatan darurat. Proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih terus meningkat dari 40,7 persen pada 1992 menjadi 68,4 persen pada 2002.⁷ Akan tetapi, proporsi ini bervariasi antarprovinsi dengan Sulawesi Tenggara sebagai yang terendah, yaitu 35 persen, dan DKI Jakarta yang tertinggi, yaitu 96 persen, pada 2002⁸ (Tabel 5.2 dan 5.3). Proporsi ini juga berbeda cukup jauh mengikuti tingkat pendapatan. Pada ibu dengan dengan pendapatan lebih



tinggi, 89,2 persen kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan, sementara pada golongan berpendapatan rendah hanya 21,3⁹ persen. Hal ini menunjukkan tidak meratanya akses finansial terhadap pelayanan kesehatan dan tidak meratanya distribusi tenaga terlatih terutama bidan.

Penyebab tidak langsung. Risiko kematian ibu dapat diperparah oleh adanya anemia dan penyakit menular seperti malaria, tuberkulosis (TB), hepatitis, dan HIV/AIDS. Pada 1995, misalnya, prevalensi anemia pada ibu hamil masih sangat tinggi, yaitu 51 persen, dan pada ibu nifas 45 persen.¹⁰ Anemia pada ibu hamil mempunyai dampak kesehatan terhadap ibu dan anak dalam kandungan, meningkatkan risiko keguguran, kelahiran prematur, bayi dengan berat lahir rendah, serta sering menyebabkan kematian ibu dan bayi baru lahir. Faktor lain yang berkontribusi adalah kekurangan energi kronik (KEK). Pada 2002, 17,6 persen wanita usia subur (WUS) menderita KEK.¹¹ Tingkat sosial ekonomi, tingkat pendidikan, faktor budaya, dan akses terhadap sarana kesehatan dan transportasi juga berkontribusi secara tidak langsung terhadap kematian dan kesakitan ibu. Situasi ini diidentifikasi sebagai “3 T” (terlambat). Yang pertama adalah terlambat deteksi bahaya dini selama kehamilan, persalinan, dan nifas, serta dalam mengambil keputusan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan neonatal. Kedua, terlambat merujuk ke fasilitas kesehatan karena kondisi geografis dan sulitnya transportasi. Ketiga, terlam-

bat mendapat pelayanan kesehatan yang memadai di tempat rujukan.

Tantangan

Meningkatnya kebutuhan. MDG menargetkan penurunan AKI sebesar tiga perempat antara 1990 and 2015. Upaya ini menghadapi berbagai tantangan yang cukup berat, seperti transisi demografi, desentralisasi kesehatan, pelayanan publik, dan pendanaan. Sensus penduduk tahun 2000 menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia 206 juta jiwa.¹² Pada tahun 2015, jumlah penduduk Indonesia diperkirakan meningkat menjadi 242 juta jiwa.¹³ Dengan kata lain, kebutuhan pelayanan kesehatan akan meningkat.

Desentralisasi bidang kesehatan juga akan menjadi tantangan penting di tahun-tahun mendatang. Perubahan peran dan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah belum secara jelas terdefiniskan dan dipahami. Institusi-institusi pemerintahan masih perlu menyesuaikan diri dengan wewenangnya yang baru, sementara jaringan dan koordinasi di setiap level administrasi perlu terus diperkuat. Dengan penganggaran yang juga didesentralisasikan, daerah dengan kemampuan keuangan yang rendah akan mengalami kesulitan untuk mengalokasikan anggaran kesehatannya karena harus pula memperhatikan prioritas-prioritas pembangunan lain. Dalam hal ini, pusat dapat memainkan peran penting untuk membantu kabupaten/kota dalam mengelola sumber daya mereka. Setiap upaya dalam advokasi sangat penting untuk menjamin bahwa komitmen untuk meningkatkan kesehatan ibu dapat dilaksanakan pada setiap tingkatan.

Pelayanan kesehatan merupakan tantangan berikutnya yang perlu ditangani. Termasuk di dalamnya adalah kualitas pelayanan yang disediakan oleh

pemerintah dan swasta serta penanganan disparitas akses pada kelompok rentan dan miskin. Data terbaru menunjukkan bahwa jumlah bidan di desa (BDD) yang menyediakan pelayanan bagi kelompok rentan dan miskin telah menurun.¹⁴ Bagaimana mengatasi situasi baru dan tidak terduga ini menjadi salah satu tantangan bagi pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten. Keterbatasan sumber daya rumah tangga juga telah menghambat akses terhadap pelayanan dasar. Karenanya, inovasi mekanisme yang meringankan beban keuangan rumah tangga sangat diperlukan untuk menjamin akses mereka terhadap pelayanan.

Koordinasi dan pendanaan pembangunan antar institusi dan lembaga donor sangat krusial untuk menghindari terjadinya tumpang tindih dan terfragmentasinya program, sehingga peningkatan kesehatan ibu lebih mudah dicapai. Keberlanjutan program juga menjadi tantangan yang harus diatasi dalam tahun-tahun mendatang.

Kebijakan dan program

Prioritas nasional. Menurunkan kesakitan dan kematian ibu telah menjadi salah satu prioritas utama dalam pembangunan sektor kesehatan sebagaimana tercantum dalam Propenas. Kegiatan-kegiatan yang mendukung upaya ini antara lain meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi, meningkatkan pemberantasan penyakit menular dan imunisasi, meningkatkan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, menanggulangi KEK, dan menanggulangi anemia gizi besi pada wanita usia subur dan pada masa kehamilan, melahirkan, dan nifas.¹⁵

Kehamilan Aman. Mengacu pada Indonesia Sehat 2010, telah dicanangkan strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) atau Kehamilan yang Aman se-

bagai kelanjutan dari program *Safe Motherhood*, dengan tujuan untuk mempercepat penurunan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. MPS terfokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam intervensi klinis dan sistem kesehatan serta penekanan pada kemitraan antar institusi pemerintah, lembaga donor, dan peminjam, swasta, masyarakat, dan keluarga. Perhatian khusus diberikan pada penyediaan pelayanan yang memadai dan berkelanjutan dengan penekanan pada ketersediaan penolong persalinan terlatih. Aktivitas masyarakat ditekankan pada upaya untuk menjamin bahwa wanita dan bayi baru lahir memperoleh akses terhadap pelayanan.

Strategi. Ada empat strategi utama bagi upaya penurunan kesakitan dan kematian ibu. Pertama, meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas dan *cost effective*. Kedua, membangun kemitraan yang efektif melalui kerja sama lintas program, lintas sektor, dan mitra lainnya. Ketiga, mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan dan perilaku sehat. Keempat, mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan ibu dan bayi baru lahir.

Pesan kunci MPS. Strategi MPS memiliki tiga pesan kunci, yaitu setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih; setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapatkan pelayanan yang memadai; dan setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Kelompok sasaran. Perhatian khusus perlu diberikan kepada kelompok masyarakat berpendapatan rendah baik di perkotaan dan pedesaan serta masyarakat di daerah terpencil. Program Jaring Pengaman Sosial (JPS)—yang telah dimulai sejak

1998 telah menyediakan pelayanan kesehatan dasar dan bidan di desa secara gratis bagi penduduk miskin—perlu dipertahankan dengan berbagai cara.

Konteks lebih luas. Terlepas dari kebijakan dan program dengan fokus pada sektor kesehatan, diperlukan juga penanganan dalam konteks yang lebih luas di mana kematian ibu terjadi. Kematian ibu sering disebabkan oleh berbagai faktor yang kompleks yang menjadi tanggung jawab lebih dari satu sektor. Terdapat korelasi yang jelas antara pendidikan, penggunaan kontrasepsi, dan persalinan yang aman. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja harus ditangani dengan benar, mengingat besarnya masalah. Selain itu, isu gender dan hak-hak reproduksi baik untuk laki-laki maupun perempuan perlu terus ditekankan dan dipromosikan pada semua level.

Catatan

- ¹ BPS-Statistics Indonesia and ORC Macro, 2003. *Indonesia Demographic and Health Surveys (IDHS) 2002–2003*. Maryland, USA. Also IDHS 1994 and 1997.
- ² Departemen Kesehatan RI, 2001. *Rencana Strategis Nasional "Making Pregnancy Safer" di Indonesia 2001–2010*. Jakarta.
- ³ Soemantri et.al (eds), 1999. *Maternal Morbidity and Mortality Study: CHN-III/Household Health Survey 1995.*, MOH and National Institute of Health Research and Development, Jakarta.
- ⁴ GOI-UNICEF, 2000. *Challenges for a New Generation: The Situation of Children and Women in Indonesia*, Jakarta.
- ⁵ Departemen Kesehatan RI, 2003. Dirjen Binkesmas. *Upaya Penurunan AKI di Indonesia*. Makalah untuk Kelompok Kerja MDG.
- ⁶ Badan Pusat Statistik, Data dikalkulasi dari Susenas untuk Laporan MDG.
- ⁷ Badan Pusat Statistik, Data dikalkulasi dari Susenas untuk Laporan MDG.
- ⁸ Badan Pusat Statistik, Data dikalkulasi dari Susenas untuk Laporan MDG.
- ⁹ WHO in Indonesia, 2002. *The Millennium Development Goals for Health: A review of the indicators*, Jakarta.
- ¹⁰ Departemen Kesehatan RI, 2001. *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer di Indonesia 2001-2010*, Jakarta.
- ¹¹ Badan Pusat Statistik, 2002. *Laporan Hasil Survey Konsumsi Garam Yodium Rumah Tangga 2002: Kerjasama BPS, Depkes dan Bank Dunia*, Jakarta.
- ¹² Badan Pusat Statistik, 2000. *Penduduk Indonesia Hasil Sensus Penduduk 2000*, Jakarta.
- ¹³ Bappenas dan Lembaga Demografi UI, 2003. *Kajian Awal Pembangunan Jangka Panjang Bidang Sumber Daya Manusia: Draft Awal*, Jakarta.
- ¹⁴ Dipresentasikan pada Kongres Ikatan Bidan Indonesia XII September 2003.
- ¹⁵ *Program Pembangunan nasional (Propenas) 2000–2004*.