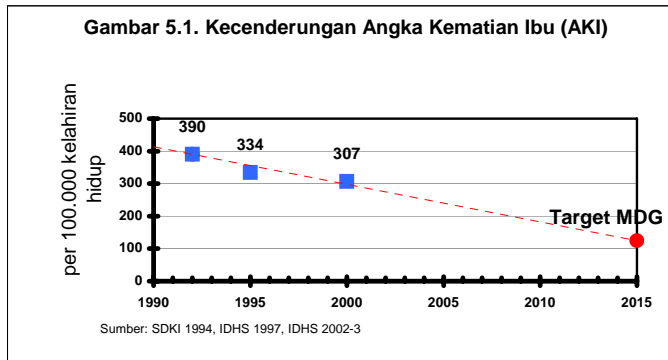


TUJUAN 5: MENINGKATKAN KESEHATAN IBU

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

Keadaan dan Kecenderungan

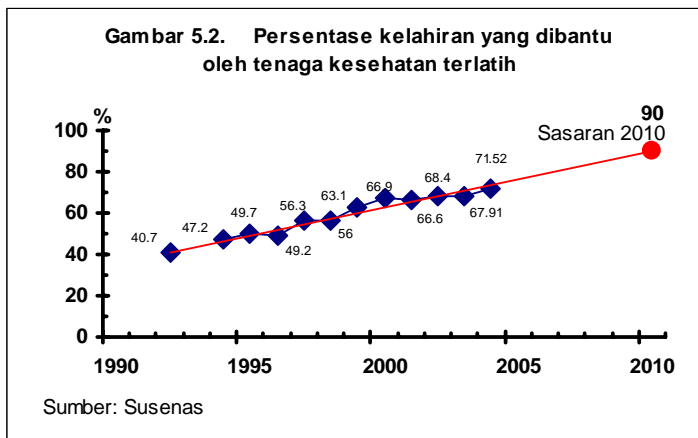


Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia telah mengalami penurunan menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup (1998-2002). Tetapi dengan 20.000 ibu yang meninggal setiap tahun akibat komplikasi kehamilan atau persalinan, pencapaian target MDG akan dapat terwujud hanya jika dilakukan upaya yang lebih intensif untuk mempercepat laju

penurunannya.

Disparitas kematian ibu antar wilayah di Indonesia masih cukup besar dan masih relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN misalnya resiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65, dibandingkan dengan 1 dari 1.100 di Thailand.

Penyebab kematian ibu yang utama adalah perdarahan, eklampsia, partus lama, komplikasi aborsi, dan infeksi. Kontribusi dari penyebab kematian ibu tersebut masing-masing adalah perdarahan 28 persen, eklampsia 13 persen, aborsi yang tidak aman 11 persen, serta sepsis 10 persen. Kontrasepsi modern memainkan peranan penting untuk menurunkan kehamilan yang tidak diinginkan. Pada tahun 1997, tingkat pemakaian kontrasepsi pada perempuan kawin usia 15-49 tahun hanya 57,4 persen dan meningkat menjadi 60,3 persen pada tahun 2002-2003 (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003).



Penyebab tidak langsung.

Resiko kematian ibu makin besar dengan adanya anemia, kekurangan energi kronik (KEK), dan penyakit menular seperti malaria, tuberkulosis (TB), hepatitis dan HIV/AIDS. Pada tahun 1995 misalnya, prevalensi anemia pada ibu hamil mencapai 51 persen dan pada ibu nifas 45 persen. Pada tahun 2002, 17,6 persen wanita usia subur menderita KEK.

Tingkat sosial ekonomi, tingkat pendidikan, faktor budaya, akses ke sarana kesehatan, transportasi, dan tidak meratanya distribusi tenaga terlatih terutama bidan, juga berkontribusi secara tidak langsung terhadap kematian ibu.

Pertolongan persalinan oleh petugas kesehatan terlatih terus mengalami peningkatan hingga mencapai 71,52 persen pada tahun 2004. Akan tetapi, proporsi ini bervariasi antar propinsi. Proporsi ini juga bervariasi mengikuti tingkat pendapatan. Pada tahun 2002, ibu dengan pendapatan lebih tinggi, 89,2 persen kelahirannya ditolong oleh tenaga kesehatan berbanding dengan 21,3 persen pada golongan berpendapatan rendah.

Tantangan

Struktur penduduk masa yang akan datang yang dicirikan dengan proporsi wanita usia subur yang lebih tinggi menyebabkan kebutuhan akan pelayanan kesehatan meningkat. **Desentralisasi bidang kesehatan** pada saat ini masih belum secara jelas mendefinisikan peran dan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Daerah dengan kemampuan keuangan yang rendah akan mengalami kesulitan untuk mengalokasikan anggaran kesehatannya.

Keterbatasan tenaga dan biaya. Data terbaru menunjukkan bahwa jumlah bidan di desa telah menurun. Dengan demikian kelompok rentan dan miskin akan semakin sulit untuk mendapatkan pertolongan persalinan. Selain itu, keterbatasan kemampuan finansial rumah tangga juga telah menghambat akses ke pelayanan dasar. Oleh karenanya, inovasi mekanisme yang meringankan beban keuangan rumah tangga sangat diperlukan untuk menjamin akses mereka kepada pelayanan.

Kebijakan dan Program

Prioritas nasional. Penurunan angka kematian ibu merupakan salah satu prioritas pembangunan kesehatan sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah Nasional 2004-2009. Untuk mencapai sasaran tersebut, kebijakan pembangunan kesehatan terutama diarahkan pada peningkatan jumlah, jaringan dan kualitas puskesmas disertai dengan peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan. Dengan kebijakan ini diharapkan fasilitas pelayanan kesehatan makin dekat dan makin mudah terjangkau oleh masyarakat. Demikian pula cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk keluarga berencana terus ditingkatkan.

Mengacu pada Indonesia Sehat 2010, telah dicanangkan **Making Pregnancy Safer (MPS)**, yang terfokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam intervensi klinis dan sistem kesehatan serta penekanan pada kemitraan. MPS ini dilakukan dengan meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir; membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program dan lintas sektor; mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga; dan mendorong keterlibatan masyarakat.

Untuk **meningkatkan akses masyarakat miskin**, kebijakan yang ditempuh adalah dengan pengembangan sistem jaminan kesehatan. Metode layanan kesehatan ini telah dimulai sejak terjadinya krisis ekonomi pada tahun 1998, melalui Program Jaring Pengaman Sosial yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada penduduk miskin. Dalam RPJMN 2004-2009, program ini terus dilanjutkan dan ditingkatkan dengan sistem asuransi kesehatan

yang preminya dibayarkan oleh pemerintah. Seluruh penduduk miskin bisa mendapatkan pelayanan kesehatan gratis di puskesmas dan jaringannya dan kelas III rumah sakit, termasuk di dalamnya pemeriksaan ibu hamil dan persalinan baik normal maupun dengan persalinan dengan penyulit. Untuk mendekatkan akses pelayanan kepada penduduk, akan dilakukan perekrutan dan penempatan tenaga kesehatan baik di rumah sakit maupun di puskesmas dan jaringannya termasuk dokter dan bidan di desa.