

**ANALISIS KESEHATAN IBU DALAM RANGKA UPAYA PENCAPAIAN
STRATEGIS *MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS* (MDGs) DEMI
TERWUJUDNYA KESEJAHTERAAN YANG BERKELANJUTAN DI
INDONESIA**

Makalah ini disusun untuk memenuhi tugas Matakuliah Teori Pembangunan yang
dibina oleh Dr. Abdullah Said, M.Si

Disusun oleh:

DEWI IMROATUSH SHOLIKHA (125030700111012)



**PROGRAM STUDI ILMU PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
OKTOBER 2014**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Mewujudkan kesejahteraan masyarakat dalam sebuah Negara merupakan upaya bersama dari berbagai pihak dalam sektor publik yaitu pada pihak pemerintah dan masyarakat yang menjadi aktor sentral dalam pencapaian cita-cita bangsa. Sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 menyatakan bahwa negara wajib melayani setiap warga negara dan penduduk untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Salah satu kebutuhan ini adalah pemenuhan pelayanan kesehatan.

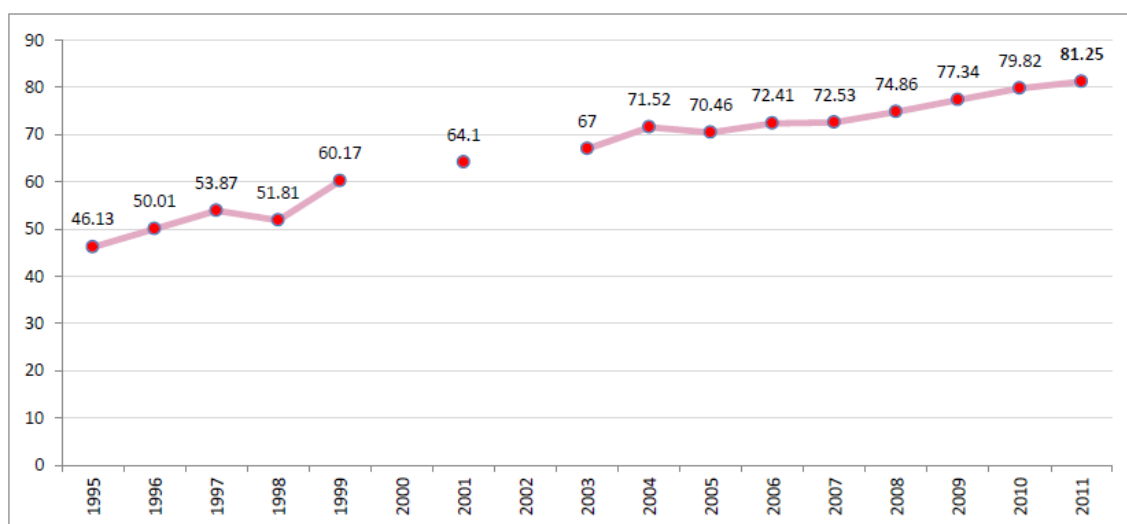
Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan terkendali mutu. Hal ini sesuai Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Sehingga setiap individu, keluarga, dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya.

Tanggung jawab Negara disini diwujudkan dalam pembangunan sistem pelayanan dibidang kesehatan yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat. Pelayanan yang diberikan juga dituntut untuk dapat berjalan dengan efisien dan efektif sehingga dapat tepat sasaran, murah dan aman. Pelayanan kesehatan ini berupa program pemerintah dalam menjamin kesehatan masyarakat.

Berdasarkan hal tersebut, pemerintah mengeluarkan Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengatur bagaimana Pemerintah berkewajiban untuk memberi jaminan sosial kepada seluruh penduduk di Indonesia baik berupa jaminan biaya pelayanan kesehatan, tunjangan hari tua dan penyuluhan ataupun pembelajaran kesehatan kepada masyarakat. Kesejahteraan tentang kesehatan masyarakat ini sesuai dengan tujuan MDGs (*Millenium Development Goals*) yang memiliki target hingga tahun 2015. Menurut UNICEF, perbaikan pada kebijakan kesehatan, fokus baru dalam mengurangi kekurangan gizi, cakupan peningkatan layanan utama kesehatan ibu dan anak berkontribusi terhadap penurunan mortalitas secara keseluruhan di Indonesia, (Anna, 2011).

Dalam pencapaian target MDGs memiliki keterkaitan erat dalam pembangunan kesehatan masyarakat, dengan fokus pada proses meningkatkan kualitas kesehatan ibu yang terdapat pada tujuan kelima. Kualitas kesehatan ibu terkait dengan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Indikator AKI merupakan salah satu indikator yang diramalkan sulit dicapai. Tidak hanya di Indonesia akan tetapi di banyak negara berkembang di dunia. Data terakhir pada tahun 2007 menunjukkan AKI sebesar 228/100.000 kelahiran hidup, masih jauh dari target MDGs sebesar 102/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (1995-2011) menunjukkan pada tahun 2011, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan telah mencapai angka di atas 80% dan terjadi peningkatan yang bermakna sejak tahun 1995. Untuk mencegah terjadinya kematian ibu, diantaranya adalah persalinan yang aman bagi ibu yaitu persalinan yang dibantu tenaga persalinan terlatih.

Gambar 1: Kemajuan dalam Penolongan Kelahiran oleh Tenaga Kesehatan



Gambar 5.2. Kemajuan dalam penolong kelahiran oleh tenaga kesehatan, 1995-2011
Sumber: BPS, Susenas berbagai tahun

Cakupan persalinan yang tinggi dan yang memenuhi standar persalinan merupakan indikator proxy dari angka kematian ibu. Untuk mempercepat pencapaian target MDGs, pada tahun 2011, Kementerian Kesehatan telah menetapkan kebijakan bahwa semua persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dan memulai program Jampersal (Jaminan Persalinan), yaitu suatu paket program yang mencakup pelayanan antenatal, persalinan, postnatal dan Keluarga Berencana. Beberapa permasalahan yang ada tersebut berkaitan erat dengan rendahnya tingkat pendidikan yang kurang, tingkat pendapatan yang belum memadai dan kemiskinan yang terus meningkat dari tahun-ketahun.

Selain itu, masih ditemukan disparitas derajat kesehatan ibu, baik antar wilayah maupun antar sosial ekonomi. Terjadinya disparitas tersebut antara lain disebabkan oleh faktor geografis khususnya di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan, belum terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan obat-obatan yang terjangkau, keterbatasan tenaga kesehatan dalam hal jumlah, jenis, mutu, distribusi, retensi, serta masih adanya hambatan finansial masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi termasuk KB yang disediakan oleh Pemerintah.

Berdasarkan uraian permasalahan tersebut maka diperlukan upaya-upaya strategis untuk mempercepat pencapaian target MDGs pada tahun 2015. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) menjadi salah satu dukungan pembiayaan yang diharapkan dapat difokuskan pada upaya pencapaian target MDGs. Secara nasional kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi cenderung semakin membaik. Hal ini sejalan dengan semakin meningkatnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi.

Berdasarkan dengan kondisi tersebut, maka diambil judul “**Analisis Kesehatan Ibu dalam Rangka Upaya Pencapaian Strategis *Millenium Development Goals* (MDGs) Demi Terwujudnya Kesejahteraan yang Berkelanjutan Di Indonesia**”.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Melihat dari latar belakang di atas, maka rumusan masalahnya adalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah cakupan pelayanan kesehatan ibu di Indonesia dalam rangka upaya pencapaian tujuan strategis MDGs?
2. Bagaimanakah upaya penting percepatan peningkatan kesehatan ibu dalam pencapaian tujuan strategis MDGs?

BAB II KAJIAN TEORI

2.1 Teori Pembangunan

Teori pembangunan adalah serangkaian teori yang digunakan sebagai acuan untuk membangun sebuah masyarakat. Ide tentang pentingnya perhatian terhadap teori pembangunan pada awalnya muncul ketika adanya keinginan dari negara-negara maju untuk mengubah kondisi masyarakat dunia ketiga yang baru merdeka menurut negara maju masih miskin dan terbelakang (Pranowo, t.t). Ada teori pembangunan antara lain; teori modernisasi, teori ketergantungan (*dependensi*), dan teori sistem dunia (*world system theory*). Pembangunan merupakan agenda pusat bagi hampir semua negara di dunia. Pembangunan menjadi pembahasan baik di negara maju maupun negara berkembang, meskipun esensi dan tolok-ukur yang dipergunakan berbeda. Namun, pada intinya pembangunan menjadi bahasan di dalam sistem dunia internasional atau sistem global.

Globalisasi adalah gagasan yang relatif baru dalam ilmu sosial. Arus pemikiran dan kerangka berfikir utama dari ide globalisasi saat ini adalah mengenai persoalan yang kelihatannya memang sudah masuk ke dalam ranah yang sifatnya kontemporer yang tidak secara memadai dapat dipahami hanya dalam konteks ditingkat nation-state. Persoalan yang dimaksud tidak hanya dalam konteks masyarakat nasional namun juga sudah mencakup kedalam persoalan global yang mendunia, yang (dapat dipastikan) telah melampaui tingkat nation-state. Menurut Pranowo (t.t) bahwa teori sistem global yang mendunia tersebut memiliki karakteristiknya sendiri, yakni "**berpikir secara global, bertindak lokal**". Yang dimaksud disini adalah bahwa persoalan global(isasi) haruslah dipikirkan secara luas dan sifatnya universal yang kemudian penerapannya disesuaikan dengan kebutuhan di tingkat nation-state.

Nation-state tetap menjadi bagian penting dari analisis sistem global(isasi). Nation-state juga harus dianalisis sebagai bentuk operasi dari sebuah sistem yang lebih global. Arus budaya global, teknologi, orang, barang, dan modal menentukan tingkatan dimana dan bagaimana masyarakat mengalami perubahan di tingkat nasional.

Menurut Weilstrein (dalam Wikipedia, 2014) teori sistem dunia merupakan sebuah pembagian kerja secara teritorial dalam produksi, pertukaran barang dan bahan mentah. Pembagian kerja mengacu pada kekuatan dan hubungan produksi dalam ekonomi

dunia secara keseluruhan. Pembagian kerja ini menyebabkan adanya dua daerah yang saling bergantung, yaitu negara inti dan negara pinggiran. Secara geografi dan budaya kedua negara tersebut sama sekali berbeda, satu fokus pada padat modal dan satu lagi pada padat karya. Sementara itu, negara semi periferi bertindak sebagai zona penyangga antara inti dan pinggiran serta memiliki campuran jenis kegiatan yang ada di negara inti dan periferi. Indonesia sebagai negara semi-periferi.

Pengaruh teknologi juga merambah sampai di Indonesia yang membawa perubahan sosial, ekonomi, dan pendidikan. Era pasca industri menghadapi kondisi-kondisi yang sangat berbeda dari kondisi-kondisi era industri dan menyajikan potensi-potensi baru yang penting guna memanfaatkan pertumbuhan dan kesejahteraan manusia, keadilan, dan kelestarian pembangunan (Korten: 1984 dalam M. Taufiq). Tujuan utamanya adalah pertumbuhan manusia yang didefinisikan sebagai perwujudan yang lebih tinggi dari potensi-potensi manusia. Paradigma ini memberi peran kepada individu tidak semata-mata sebagai obyek, melainkan sebagai pelaku yang menetapkan tujuan, mengendalikan sumber daya, dan mengarahkan proses yang mempengaruhi kehidupannya. Pembangunan yang berpusat pada rakyat menghargai dan mempertimbangkan prakarsa rakyat dan kekhasan setempat.

Tujuan utama pembangunan adalah menciptakan suatu lingkungan yang memungkinkan masyarakat menikmati kehidupan secara kreatif, sehat dan berumur panjang. Dengan kata lain, tujuan pokok pembangunan adalah *memperluas pilihan-pilihan manusia* (Ul Haq, 1995 dalam M. Taufiq).

2.2 Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals/MDGs*)

Tujuan Pembangunan Milenium atau dalam Bahasa Inggris *Millenium Development Goals* (MDGs) adalah deklarasi milenium hasil kesepakatan kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang mulai dijalankan pada bulan September tahun 2000, berupa 8 butir tujuan untuk dicapai pada tahun 2015. MDGs merupakan komitmen nasional dan global dalam upaya lebih mensejahterakan masyarakat. Delapan tujuan pembangunan internasional ini didirikan setelah KTT Milenium PBB pada tahun 2000, setelah mengadopsi dari deklarasi milenium PBB. Semua 189 negara anggota PBB pada saat itu (ada 193 saat ini) dan setidaknya 23 organisasi internasional berkomitmen untuk membantu mencapai berikut Tujuan Pembangunan Milenium pada tahun 2015, (Wikipedia, 2014) :

- 1) Untuk memberantas kemiskinan dan kelaparan ekstrim

- 2) Untuk mencapai pendidikan dasar universal
- 3) Untuk mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan
- 4) Untuk mengurangi angka kematian anak
- 5) Untuk meningkatkan kesehatan ibu
- 6) Untuk memerangi HIV / AIDS, malaria, dan penyakit lainnya
- 7) Untuk memastikan kelestarian lingkungan
- 8) Untuk mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan

Setiap tujuan memiliki target spesifik dan tanggal untuk mencapai target tersebut. Untuk mempercepat kemajuan, para menteri G8 keuangan yang disepakati pada bulan Juni 2005 untuk menyediakan dana yang cukup untuk Bank Dunia, Dana Moneter Internasional (IMF) dan Bank Pembangunan Afrika (AfDB) untuk membatalkan \$40 ke \$55 milyar utang oleh anggota berat berhutang negara-negara miskin (HIPC) untuk memungkinkan mereka untuk mengarahkan sumber daya untuk program-program untuk meningkatkan kesehatan dan pendidikan dan untuk mengurangi kemiskinan.

Pada dasarnya target dari MDGs adalah tercapai kesejahteraan rakyat dan pembangunan masyarakat pada tahun 2015. Target ini merupakan tantangan utama dalam pembangunan di seluruh dunia yang terurai dalam Deklarasi Milenium, dan di mana para pemimpin dunia mengadopsi Deklarasi Milenium PBB. Persetujuan dari Deklarasi Milenium adalah hasil utama dari KTT Milenium.

Pemerintah Indonesia turut menghadiri Pertemuan KTT Milenium di New York tersebut dan menandatangani Deklarasi Milenium itu. Deklarasi berisi komitmen negara masing-masing dan komunitas internasional untuk mencapai 8 butir tujuan pembangunan dalam Milenium ini (MDGs). MDGs ini lebih menekankan peran negara maju dalam membantu negara-negara berkembang, seperti diuraikan dalam kedelapan tujuan tersebut, yang menetapkan tujuan dan sasaran untuk negara-negara maju untuk mencapai "kemitraan global untuk pembangunan" dengan mendukung perdagangan yang adil, penghapusan utang, meningkatkan bantuan, akses ke terjangkau penting obat-obatan dan transfer teknologi menggembirakan. Sehingga negara berkembang seolah-olah menjadi mitra dengan negara-negara maju dalam perjuangan untuk mengurangi kemiskinan dunia.

2.3 Pembangunan Dibidang Kesehatan Ibu

Dalam suatu Negara pasti salah satu ukuran untuk menggambarkan pencapaian hasil pembangunan suatu negara termasuk pembangunan bidang kesehatan yang digunakan indikator Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Beberapa indikator IPM adalah kesehatan,

pendidikan, dan ekonomi. Salah satu indikatornya adalah kesehatan, umur harapan hidup sebagai ukuran dalam pencapaian derajat kesehatan masyarakat. IPM negara Indonesia berada di peringkat 108 dari 177 negara di dunia, lebih rendah dari negara-negara ASEAN seperti Singapura, Malaysia, Brunei Darussalam dan Thailand.

Maka komposisi penduduk di Indonesia dapat dikelompokkan menurut umur masing-masing, hal ini menunjukkan bahwa penduduk yang berusia muda (0-14 tahun) sebesar 29,30%, usia produktif (15-64 tahun) sebesar 65,05 % dan usia lanjut (> 65 tahun) sebesar 5,65%. Dengan beban Tanggungan (*Dependency Ratio*) penduduk Indonesia pada tahun 2007 sebesar 53,73%. Angka ini mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2006 sebesar 49,90%. Angka kematian Ibu /maternal sering kali menjadi indikator keberhasilan sektor pembangunan dalam bidang kesehatan.

AKI yang mengacu kepada jumlah kematian ibu, sangat terkait dengan masa kehamilan, persalinan dan nifas. Hasil survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini dibandingkan AKI tahun 2002 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup.

Dari data yang diperoleh menunjukkan bahwa kesehatan ibu semakin meningkat dari tahun ke tahun. Peningkatan tersebut merupakan upaya dari pemerintah dalam memberikan program-program kesehatan kepada masyarakat. Program-program yang diberikan oleh pemerintah itu cukup baik, namun dalam pelaksanaannya seharusnya untuk keperluan semua masyarakat masih dirasa belum merata. Masalah-masalah kesehatan itu ialah masih adanya disparitas derajat kesehatan, beban ganda penyakit, kinerja pelayanan kesehatan yang rendah, perilaku masyarakat yang kurang mendukung hidup bersih, dan rendahnya kondisi kesehatan lingkungan. Pemberian program pemerintah ini hanya pemberian materi kepada masyarakat dan tidak berkembang di dalam lingkungan masyarakat itu.

Salah satu program pemerintah adalah pemberian Jampersal untuk mewujudkan kesejahteraan melalui kesehatan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak cukup baik. Namun selama ini belum mendapatkan hasil yang signifikan dari program tersebut. Pemberian program Jampersal belum sepenuhnya dirasakan oleh masyarakat dan belum menjangkau masyarakat miskin. Sebagai contoh, dikawasan Indonesia bagian timur masih belum teraksesnya fasilitas kesehatan dan Jampersal bagi masyarakat miskin. Sehingga belum terwujudnya pembangunan kesehatan manusia secara utuh dan merata. Kesadaran akan pentingnya kesehatan pada masyarakat masih kurang. Saat ini, kesadaran untuk meningkatkan kesehatan dan mengembangkan diri yang bersinergi antar lingkup

masyarakat itu sendiri sangat diperlukan. Pengembangan diri pada masyarakat sendiri sangat menunjang dan membantu untuk mewujudkan tujuan dari MDGs.

BAB III PEMBAHASAN

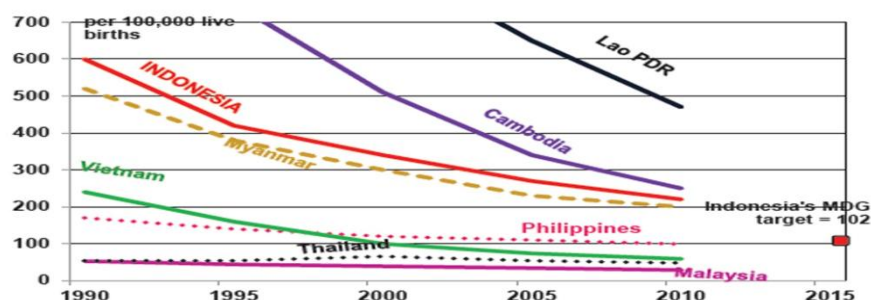
3.1 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu di Indonesia

3.1.1 Gambaran Umum Kesehatan Ibu di Indonesia

Kesehatan ibu adalah persoalan utama pembangunan di Indonesia. Namun faktanya, diantara banyak target pencapaian *Millenium Development Goals* di Indonesia, target kesehatan ibu masih jauh tertinggal dan perlu perhatian khusus. Meskipun Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia telah mengalami penurunan secara bertahap dari 390 kematian per 100.000 kelahiran hidup tahun 1991 menjadi 228 tahun 2007, tapi angka tersebut masih tergolong tinggi. Angka Kematian Ibu di Indonesia masih dianggap sebagai salah satu yang tertinggi di kawasan Asia Tenggara.

Salah satu ukuran untuk menggambarkan pencapaian hasil pembangunan suatu negara termasuk pembangunan bidang kesehatan digunakan indikator Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Beberapa indikator IPM adalah kesehatan, pendidikan dan ekonomi. Salah satu indikator kesehatan adalah umur harapan hidup sebagai ukuran pencapaian derajat kesehatan masyarakat. IPM negara Indonesia berada di peringkat 108 dari 177 negara di dunia, lebih rendah dari negara-negara ASEAN seperti Singapura, Malaysia, Brunei Darussalam dan Thailand. Angka kematian Ibu/maternal senantiasa menjadi indikator keberhasilan sektor pembangunan kesehatan. AKI mengacu kepada jumlah kematian ibu yang terkait dengan masa kehamilan, persalinan dan nifas. Hasil survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini dibandingkan AKI tahun 2002 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup.

Gambar 2. Tren Angka Kematian Ibu (AKI) Beberapa Negara ASEAN



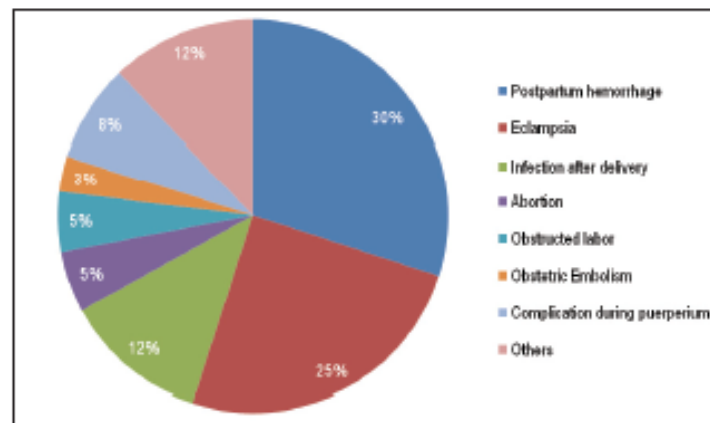
Sumber: UN Maternal Mortality Estimation Group: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank dalam UNICEF Indonesia (2012).

Data tersebut menunjukkan bahwa Indonesia tidak tinggal diam dalam ikut mewujudkan pengembangan kesehatan manusia. Peningkatan indeks derajat kesehatan dari tahun ke tahun semakin membaik dengan ditunjukkan dari penurunan AKI (Angka Kematian Ibu). Namun tidak berhenti sampai disini, Indonesia terus mengembangkan program-program kesehatan untuk mencapai target MDGs (*Millennium Development Goals*) pada tahun 2015.

3.1.2 Penyebab Utama Kematian Ibu di Indonesia

Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga Indonesia (2001), pendarahan setelah melahirkan (*postpartum hemorrhage*), eklamsia, infeksi pasca melahirkan adalah salah satu penyebab utama kematian ibu di Indonesia. Penyebab utama tersebut bisa diminimalisir dengan menjamin setiap kelahiran dibantu oleh tenaga medis yang terlatih, semua perempuan hamil menerima perawatan tepat dan berkualitas sebelum melahirkan, dan perempuan yang melahirkan memiliki akses ke sarana perawatan kebidanan darurat secara tepat waktu. Pelayanan pra-persalinan diharapkan bisa mengobati anemia selama kehamilan, sedangkan tenaga persalinan terlatih bisa mencegah atau mengobati pendarahan dengan perawatan yang benar. Oleh karena itu, intervensi terhadap hal tersebut sangatlah penting untuk mencapai target penurunan Angka Kematian Ibu.

Bagan 1. Penyebab Utama Kematian Ibu di Indonesia



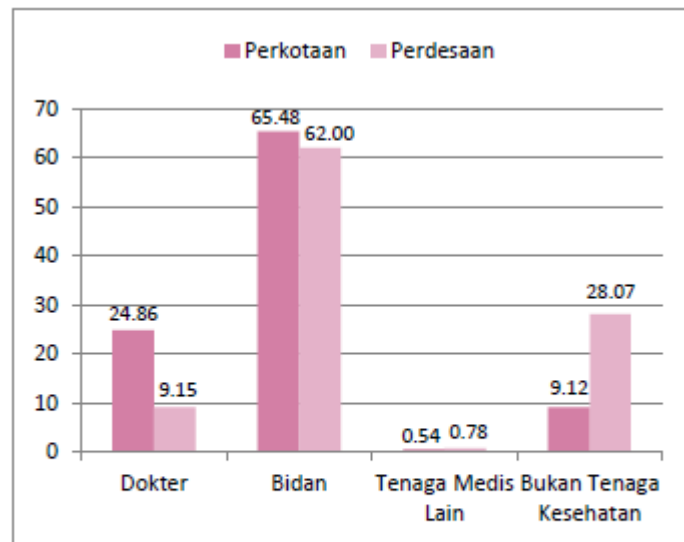
Sumber: Istitute for Innovation Participatory Development & Governance (Inisiatif), 2013

3.1.3 Cakupan Pelayanan Persalinan Dibantu oleh Tenaga Kesehatan Terlatih

Proporsi persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan terlatih meningkat dengan signifikan. Persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan terlatih secara nasional meningkat dari 46,13% pada tahun 1995 menjadi 81,25% pada tahun 2011. Data Riskesdas

2010 menunjukkan proporsinya 82,20%. Namun demikian, persalinan di fasilitas kesehatan masih rendah, yaitu 55,40%. Fasilitas kesehatan yang mampu melaksanakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi dasar (PONED) dan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) terus ditingkatkan. Persentase Puskesmas perawatan yang melaksanakan PONED 54% pada tahun 2010 sedangkan rumah sakit kabupaten/kota yang telah melaksanakan PONEK mencapai 87,61% (Kemenkes, 2011).

Gambar 3. Penolong Kelahiran di Perdesaan dan Perkotaan



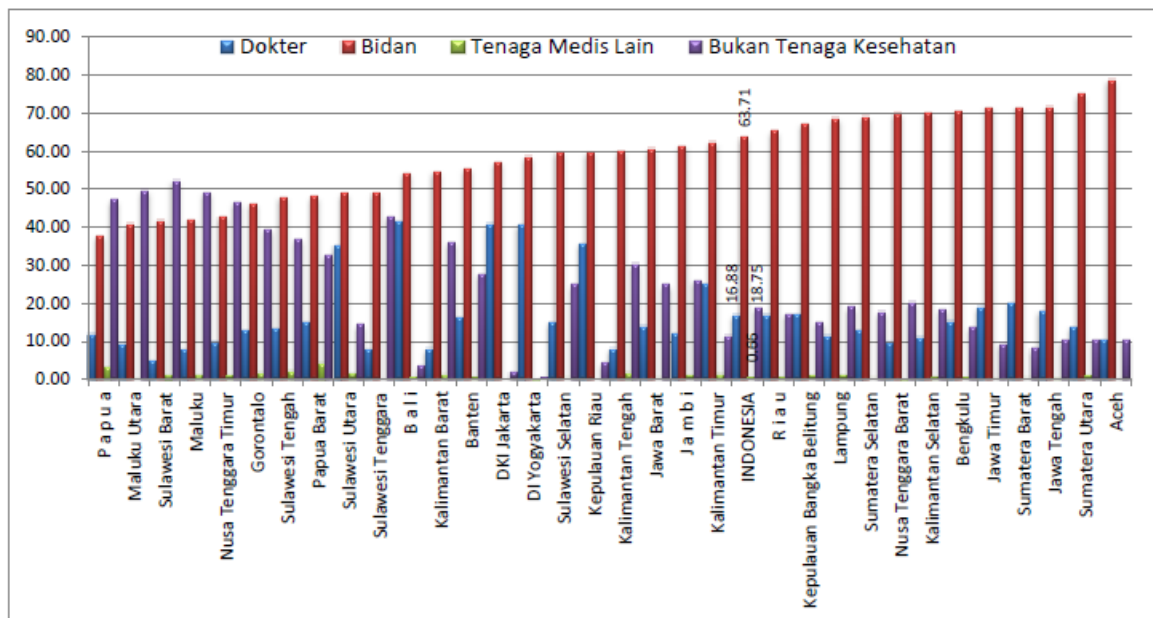
Gambar 5.3. Penolong kelahiran di perdesaan dan perkotaan, 2011
Sumber: BPS, Susenas 2011

Persalinan dengan pertolongan tenaga medis terlatih, yaitu dokter, bidan, dan tenaga medis lainnya beragam antara perdesaan dan perkotaan. Perbandingan penolong persalinan diantara ibu hamil di perdesaan dan perkotaan menunjukkan keadaan yang berbeda (Gambar 3). Baik di perdesaan dan perkotaan, bidan merupakan penolong persalinan dengan proporsi tertinggi dan tenaga medis lainnya menduduki proporsi terendah, baik di perdesaan maupun perkotaan. Proporsi bidan sebagai penolong persalinan di perdesaan 62,00 % sedangkan di perkotaan 65,48 %. Untuk tenaga medis lainnya 0,78% di perdesaan dan 0,54 % di perkotaan.

Namun, pencapaian cakupan 100% dari seluruh persalinan yang dibantu oleh tenaga medis terlatih masih menjadi tantangan besar. Salah satu masalah utama yang menghambat pencapaian target ini adalah kesenjangan antar wilayah diseluruh daerah di Indonesia. Selanjutnya, data Susenas tersebut juga menunjukkan bahwa tingginya tingkat pertolongan persalinan oleh bukan-tenaga kesehatan, termasuk oleh dukun bersalin dan bahkan anggota keluarga sendiri, cenderung disebabkan oleh tidak adanya tenaga

kesehatan terlatih. Proporsi pertolongan persalinan oleh bukan-tenaga kesehatan terlatih yang tertinggi terjadi di Sulawesi Barat dan Maluku Utara. Pada kedua provinsi ini lebih dari separuh persalinan ditolong oleh bukan-tenaga kesehatan terlatih. Peran bukan-tenaga kesehatan terendah dalam pertolongan persalinan terjadi di DI Yogyakarta, Bali, dan DKI Jakarta.

Gambar 4. Penolong Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Terlatih dan Bukan Tenaga Kesehatan, 2011

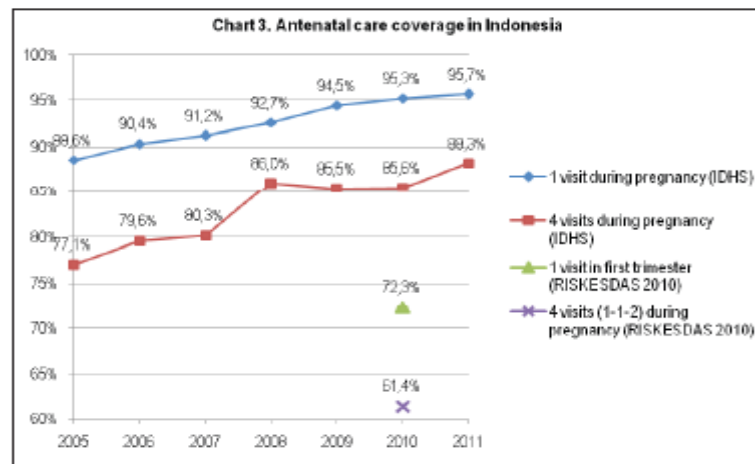


Gambar 5.4. Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih dan bukan-tenaga kesehatan, 2011
Sumber: BPS, Susenas 2011

3.1.4 Jangkauan dan Kualitas Pelayanan Perawatan Pra Persalinan

Cakupan dan kualitas pelayanan pra persalinan juga menentukan penurunan resiko selama proses persalinan. Menurut RISKESDAS 2010, meskipun cakupan pelayanan pra persalinan telah menunjukkan adanya peningkatan, hanya ada 72,3% ibu hamil yang memeriksakan kehamilan mereka selama tiga bulan pertama masa kehamilan, dan hanya ada sekitar 61,4% perempuan hamil yang menjalani perawatan pra persalinan lengkap sebagaimana direkomendasikan pemerintah.

Gambar 4. Cakupan Pelayanan Pra Persalinan di Indonesia (2005-2011)



Sumber: Istitute for Innovation Participatory Development & Governance (Inisiatif), 2013

Penelitian oleh Titaley et al. (2010) menunjukkan bahwa wilayah dan tipe penduduk, kondisi sosial ekonomi dan pendidikan ibu merupakan faktor yang berkaitan erat dengan kurangnya pemanfaatan pelayanan pra-persalinan di Indonesia. Wanita hamil di luar wilayah Jawa - Bali, khususnya dari daerah pedesaan cenderung kurang memanfaatkan pelayanan pra-persalinan. Hal ini mungkin disebabkan kurangnya pelayanan kesehatan dan keterbatasan akses di pulau-pulau di luar Jawa - Bali. Kondisi jalan yang buruk, jarak ke lokasi sarana kesehatan yang jauh, dan kurangnya sarana transportasi menghambat keinginan wanita hamil untuk memperoleh pelayanan pra-persalinan. Penelitian juga menunjukkan bahwa pelayanan pra-persalinan yang belum dimanfaatkan berkaitan juga dengan status sosial ekonomi ibu hamil. Ibu hamil yang berasal dari keluarga miskin seringkali mengalami masalah keuangan yang pada akhirnya masalah tersebut menghalangi mereka untuk mengakses pelayanan pra-persalinan. Mereka nampaknya kurang pengetahuan, terutama yang berkaitan dengan kesehatan ibu, disebabkan oleh rendahnya tingkat pendidikan mereka. Penelitian oleh Agus dan Huriuchi (2012) juga menegaskan bahwa tingkat pendidikan dan pengetahuan perempuan hamil tentang kehamilan adalah salah satu faktor yang menyebabkan pelayanan prapersalinan, di daerah pedesaan, kurang dimanfaatkan.

Tingginya cakupan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan pra-persalinan lengkap dan tingginya cakupan persalinan kelahiran yang dibantu oleh tenaga medis terlatih masih belum menjadi jaminan dalam penurunan angka kematian ibu. Ibu yang mengalami komplikasi selama proses persalinan memerlukan pelayanan kebidanan darurat yang tepat.

Oleh karena itu, ketersediaan dan akses pelayanan kebidanan darurat juga penting untuk menjamin kesehatan ibu yang menurun. Di Indonesia, pemerintah menyadari pentingnya unit gawat-darurat kebidanan untuk mengurangi angka kematian ibu dengan membangun lebih banyak sarana kesehatan lengkap dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).

3.2 Upaya Penting Percepatan Pencapaian Tujuan MDGs Bidang Kesehatan Ibu

Dalam rangka mengatasi berbagai hambatan yang dihadapi ibu-ibu dalam persalinan antara lain dikembangkan tiga program penting, yaitu Jaminan Persalinan, Kelas Ibu Hamil, dan Rumah Tunggu Ibu Hamil. Selain itu penurunan angka kematian ibu diperkuat oleh program keluarga berencana.

1) Jaminan Persalinan (Jampersal)

Jampersal adalah jaminan pembiayaan untuk ibu melahirkan dan bayinya. Jaminan ini dimaksudkan untuk mengurangi hambatan finansial bagi ibu hamil untuk mendapatkan jaminan persalinan, yang didalamnya termasuk pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas termasuk KB pasca persalinan, dan pelayanan bayi baru lahir. Dengan demikian jaminan ini ditujukan untuk mencegah kematian bayi dan ibunya. Layanan untuk ibu melahirkan meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinan, dan pelayanan persiapan rujukan ketika terjadi komplikasi pada masa-masa tersebut. Sasaran program ini adalah ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas sampai dengan 42 hari pasca persalinan dan untuk bayinya meliputi pelayanan bayi baru lahir sampai dengan usia 28 hari.

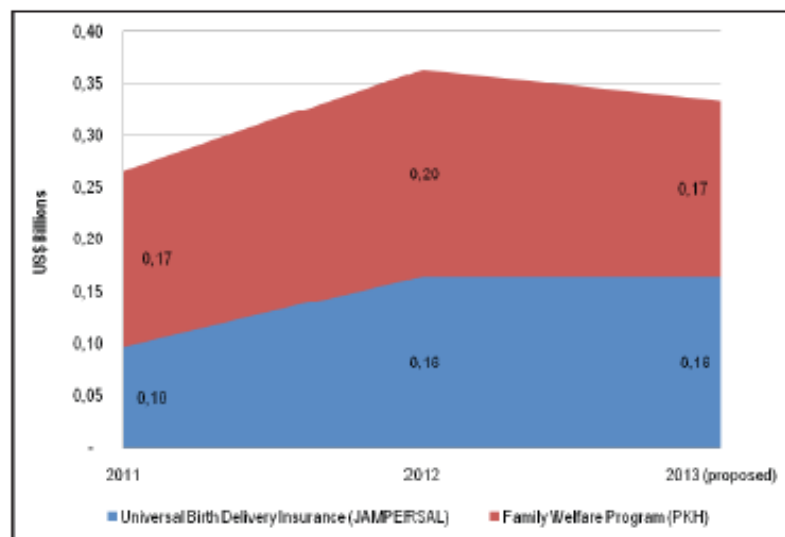
Cakupan Jampersal adalah seluruh Indonesia, namun tidak dibatasi menurut wilayah administrasi pemerintahan dan ini menjadi salah satu dari keistimewaan program yaitu layanan berdasarkan prinsip portabilitas. Jaminan persalinan tidak mengenal batas wilayah, dengan keluwesan layanan kepada sasaran Jaminan Persalinan dari luar wilayah, tetapi klaim diajukan kepada Dinas Kesehatan setempat, bukan pada daerah asal sasaran. Dasar hukum layanan ini adalah Peraturan Menteri Kesehatan No. 2562 Tahun 2011 tentang Petunjuk Teknis Jampersal. Pendanaan Jampersal merupakan bagian dari pendanaan Jamkesmas. Dengan demikian pengelolaan Jampersal adalah Tim Pengelola/ Dinas Kesehatan Kab/Kota. Pendanaan Jampersal di pelayanan dasar dan pelayanan rujukan merupakan belanja bantuan sosial (bansos) bersumber APBN yang diperuntukkan untuk pelayanan kesehatan dan rujukan pelayanan dasar peserta Jamkesmas, layanan persalinan serta rujukan risiko tinggi (risti) persalinan peserta Jamkesmas dan masyarakat

sasaran yang belum memiliki jaminan persalinan sebagai penerima manfaat jaminan. Dana Jampersal di pelayanan kesehatan dasar disalurkan ke rekening Dinas Kesehatan kabupaten/ kota, menjadi satu kesatuan dengan dana Jamkesmas. Setelah dana tersebut disalurkan Kemenkes ke rekening Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab program (melalui SP2D) dan rekening Rumah Sakit, maka status dana tersebut berubah menjadi dana peserta Jamkesmas dan masyarakat penerima manfaat Jaminan Persalinan. Dana Jamkesmas dan Jampersal ini bukan bagian dari dana transfer daerah ke pemerintah kabupaten/kota, sehingga penggunaan dana tersebut tidak melalui kas daerah (Perdirjen Perbendaharaan No. PER-21/PB/2011 Pengelolaan kegiatan Jampersal dilaksanakan bersama-sama oleh pemerintah, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota. Pemilihan cara ini dimaksudkan agar pelaksanaan manajemen kegiatan ini dapat berjalan secara efektif dan efisien. Untuk mengelola Jampersal dibentuk Tim Pengelola di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Pengelolaan kegiatan Jampersal ini terintegrasi dengan kegiatan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Biaya Operasional Kesehatan (BOK).

Pengorganisasian manajemen Jamkesmas dan BOK terdiri dari: (i) Tim Koordinasi Jamkesmas dan BOK (lintas sektor); dan (ii) Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK (lintas program), keduanya sampai ke tingkat kabupaten/kota.

❖ Analisis Alokasi JAMPERSAL

Bagan 11.
Kecenderungan Alokasi Anggaran
untuk JAMPERSAL dan PKH 2011-2013



Sumber: Istitute for Innovation Participatory Development & Governance (Inisiatif), 2013

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah dana yang diberikan pemerintah pusat kepada Puskesmas dalam rangka memberikan dukungan keuangan yang dapat digunakan untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas termasuk pelayanan kesehatan ibu. Tujuan utama BOK untuk menjamin peningkatan akses dan distribusi pelayanan masyarakat yang merata melalui promosi kesehatan dan kegiatan pencegahan di Puskesmas untuk mencapai target standar pelayanan minimum di bidang kesehatan dan target MDGs tahun 2015 (Kementerian Kesehatan, 2011). Beberapa kegiatan yang didukung oleh BOK meliputi bantuan transportasi untuk petugas kesehatan Puskesmas melakukan perawatan pra persalinan, persalinan dan pasca persalinan, serta kunjungan pasca *puerperium*. Angka anggaran kesehatan ibu ini menunjukkan bahwa pemerintah saat ini sedang fokus pada pencapaian target penurunan rasio kesehatan ibu dengan menyediakan rancangan asuransi persalinan. Dengan memperkenalkan rancangan ini pemerintah berharap lebih banyak perempuan hamil bersedia mengakses pelayanan pra persalinan di puskesmas dan lebih bersedia untuk melahirkan dengan dibantu tenaga medis terlatih. Jelas bahwa dalam periode tahun 2011-2012, jumlah anggaran yang dialokasikan untuk JAMPERSAL mengalami peningkatan. Alokasi anggaran JAMPERSAL meningkat dari US\$ 0,1 miliar tahun 2011 menjadi US\$ 0,16 miliar pada tahun 2012. Jumlah yang diusulkan untuk tahun 2013 setidaknya sama dengan jumlah yang dialokasikan pada tahun sebelumnya.

Analisis anggaran kesehatan ibu menunjukkan bahwa pemerintah telah mengambil tindakan serius dalam pengurangan angka kematian ibu dengan mengalokasikan dana yang cukup besar secara khusus untuk menjamin seluruh persalinan yang terjangkau dan aman, terutama bagi perempuan miskin dari keluarga miskin sebagaimana diindikasikan dengan rancangan JAMPERSAL dan PKH. Terdapat juga kecenderungan peningkatan nominal alokasi anggaran untuk JAMPERSAL dan PKH pada periode tahun 2011 hingga 2012. Dalam hal ini, pemerintah berada dalam kondisi *on-track* dalam menjamin kemajuan pencapaian terhadap komitmen kesehatan ibu untuk menurunkan angka kematian ibu.

2) Kelas Ibu Hamil

Kelas ini dikembangkan untuk meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku ibu dan keluarga. Dengan itu semua diharapkan kesadaran terhadap pentingnya kesehatan selama kehamilan, bersalin dan nifas menjadi meningkat dan mereka mengetahui upaya peningkatan kesehatan. Kelas ini adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil yang dilakukan mulai dari awal kehamilan dengan jumlah peserta 10 orang. Selain ibu hamil, suami atau

anggota keluarga lain diharapkan dapat mengikuti kelas ini minimal satu kali pertemuan sehingga dapat memahami berbagai materi penting, misalnya persiapan persalinan. Tujuan umum kelas ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran.

Gambar 5. Kelas Ibu Hamil



**Foto 5.1. Kelas Ibu Hamil di Puskesmas Jembatan Kembar, Kab. Lombok Barat, Prov. NTB
Sumber: Kementerian Kesehatan**

Di kelas ini ibu-ibu hamil belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) secara menyeluruh dan sistimatis dan dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan. Kelas ibu hamil difasilitasi oleh bidan/tenaga kesehatan, menggunakan paket Kelas Ibu Hamil yaitu Buku KIA, lembar balik, Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil, Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil, dan Buku senam Ibu Hamil. Program ini dilaksanakan diseluruh provinsi dan diharapkan dapat dilakukan oleh seluruh bidan desa.

❖ Analisis Kelas Ibu Hamil Puskesmas Jembatan Kembar, Lombok Barat, NTB

Kelas ibu hamil di Puskesmas ini sudah dilaksanakan sejak tahun 2009. Didasari oleh masih adanya kasus-kasus komplikasi maternal yang terlambat dirujuk ke fasilitas kesehatan, masih rendahnya persalinan di tenaga kesehatan, dan tingginya kasus kematian ibu pada tahun 2010, Kepala Dinas Kesehatan Lombok Barat membuat kebijakan bahwa semua ibu hamil wajib mengikuti kegiatan kelas ibu hamil. Kegiatan ini dilaksanakan disemua desa dengan lokasi pelaksanaan beragam seperti di Puskesmas, Poskesdes, rumah kader, kantor desa, balai dusun, berugak dan lain-lain yang mudah diakses oleh ibu hamil.

Kegiatan dilakukan dalam 4 kali pertemuan, lama pertemuan disepakati selama 2 jam, dan diakhiri dengan senam ibu hamil. Sumber dana yang digunakan bermacam-macam yaitu dari Jamkesmas, BOK, NICE dan Indocement. Jumlah kelas ibu yang terbentuk pada tahun 2009 sebanyak 60, tahun 2010 sebanyak 100 kelas, dan tahun 2011 sebanyak 102 kelas.

Salah satu hasil yang terlihat dari pelaksanaan kelas ibu hamil di Lombok Barat adalah meningkatnya cakupan program dan turunnya angka kematian ibu, dari 131/100.000 kelahiran hidup (tahun 2010) menjadi 74/100.000 kelahiran hidup (tahun 2011). Kelas Ibu Hamil ini memerlukan dukungan lintas sektor terkait supaya tujuan yang diharapkan menjadi lebih optimal.

3) Rumah Tunggu Ibu Hamil

Rumah Tunggu ini ditujukan untuk memudahkan akses terhadap petugas dan layanan kesehatan dengan lebih cepat bagi ibu hamil menjelang persalinan. Di sebagian wilayah Indonesia, yaitu daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan akses masih menjadi persoalan karena keterbatasan infrastruktur dan transportasi, kondisi geografis dan cuaca yang sulit, serta masih kurangnya tenaga kesehatan. Ini semua akan menyulitkan proses rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) terdekat ketika ada ibu hamil atau bersalin yang mengalami komplikasi. Pada daerah-daerah yang sulit terjangkau dan pada kasus kehamilan risiko tinggi yang jelas memerlukan penanganan di fasyankes yang memadai, maka ibu hamil diupayakan harus sudah berada di dekat fasyankes beberapa hari sebelum bersalin. Oleh karena itu, perlu diupayakan adanya suatu tempat di dekat fasyankes dasar atau rujukan (rumah sakit) dimana ibu hamil dapat tinggal sementara sebelum saat persalinan tiba.

Rumah Tunggu Kelahiran dapat berupa rumah atau ruangan yang merupakan bagian dari rumah atau bangunan lain. Rumah Tunggu Kelahiran dapat juga dipilih dari rumah keluarga atau kerabat ibu hamil, asalkan jaraknya dekat dengan fasyankes serta memiliki akses dan transportasi mudah. Adanya Rumah Tunggu Kelahiran diharapkan dapat meningkatkan cakupan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan di fasyankes, serta meningkatkan deteksi dan penanganan dini komplikasi maternal, yang pada akhirnya berperan dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu. Berdasarkan lokasi dan fungsinya, Rumah Tunggu Kelahiran dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu sebagai berikut: (i) Rumah Tunggu Poskesdes, yaitu rumah tunggu yang berada dekat Poskesdes, digunakan bagi ibu hamil yang non-risiko; (ii) Rumah Tunggu Puskesmas, yaitu rumah tunggu yang berada dekat Puskesmas, digunakan bagi ibu hamil yang non-risiko atau yang

memiliki risiko yang dapat ditangani sesuai kemampuan Puskesmas; (iii) Rumah Tunggu Rumah Sakit, yaitu rumah tunggu yang berada dekat rumah sakit, digunakan bagi ibu hamil dengan risiko tinggi.

Gambar 6. Rumah Tunggu Ibu Hamil



Foto 5.2. Rumah Tunggu Kelahiran 'Mitra Sehat',
Desa Nilo Dingin, Kec. Lembah Masurai,
Kab. Merangin, Provinsi Jambi
Sumber: Kementerian Kesehatan]

- Analisis Rumah Tunggu Kelahiran “Mitra Sehat” Desa Nilo Dingin, Kecamatan Lembah Masurai, Kabupaten Merangin, Provinsi Jambi.

Desa yang memiliki luas wilayah 10.000 km² dengan kepadatan penduduk 35 jiwa/km² ini memiliki kondisi geografis yang cukup sulit berupa bukit dan lembah dan terletak sekitar 27 km dari ibukota Kecamatan Lembah Masurai dan 85 km dari ibukota Kabupaten Merangin. Untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan terdekat harus ditempuh dengan berjalan kaki selama 1-6 jam. Menyadari kondisi yang menyulitkan ibu hamil tersebut pemerintah bersama masyarakat Desa Nilo Dingin berinisiatif menyediakan Rumah Tunggu yang pada awalnya dilakukan dengan menyewa rumah penduduk di sekitar Polindes. Selanjutnya didirikan bangunan rumah khusus menggunakan dana mandiri atas persetujuan rapat desa. Kapasitas rumah tunggu ini adalah 20 kamar untuk 20 ibu hamil. Jumlah ibu hamil yang memanfaatkan rumah tunggu ini meningkat dari tahun ke tahun.

4) Program Keluarga Berencana (KB)

Upaya menurunkan angka kematian ibu diperkuat oleh program KB melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi serta peningkatan advokasi, komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) KB. Dengan meningkatnya pemahaman dan kesadaran tentang KB dan kesehatan reproduksi, pasangan usia

subur/PUS akan dapat merencanakan kehamilannya dengan baik sehingga kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak akan dapat ditingkatkan. Selain itu, peningkatan pemahaman akan kesehatan reproduksi pada kelompok remaja juga akan meningkatkan usia perkawinan dan menurunkan angka kelahiran pada kelompok remaja. Selanjutnya, dalam rangka meningkatkan prevalensi pemakaian kontrasepsi/*contraceptive prevalence rate* (CPR), menurunkan kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi/*unmet need*, menurunkan angka kelahiran pada kelompok remaja/ASFR 15-19 tahun; serta menurunkan disparitas CPR, *unmet need*, dan ASFR 15-19 tahun antarprovinsi, antarwilayah desa kota, dan antarstatus sosial ekonomi, berbagai upaya strategis yang dilakukan mencakup antara lain sebagai berikut:

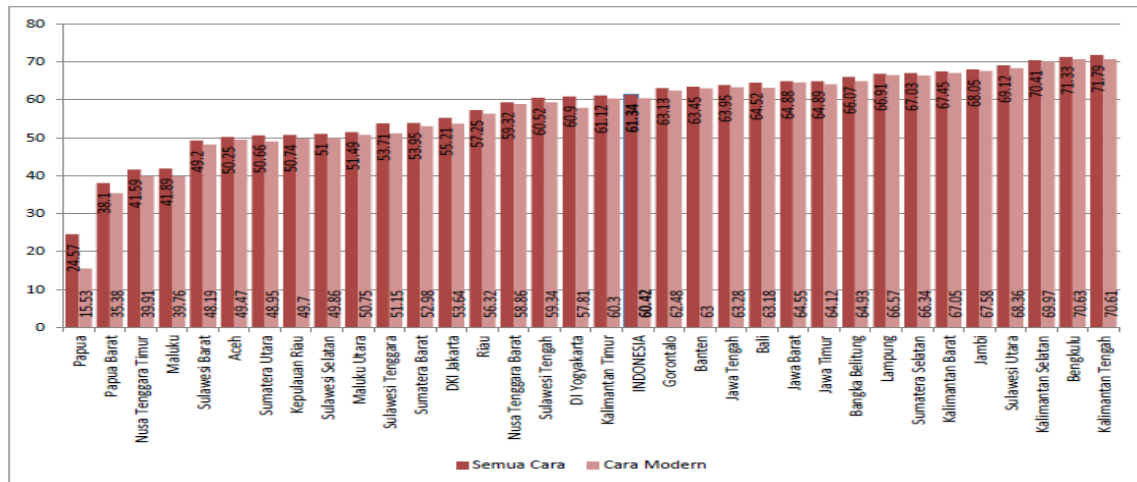
- (i) pemberian alat dan obat kontrasepsi gratis bagi PUS yang berasal dari keluarga miskin (keluarga pra-sejahtera/Pra-KS dan keluarga sejahtera I/KS-1) di seluruh Indonesia;
- (ii) pelayanan KB dalam Jampersal, termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pasca keguguran di seluruh Indonesia;
- (iii) pelayanan KB di daerah kepulauan dan galciltas (tertinggal, terpencil, dan perbatasan) serta sasaran khusus melalui peningkatkan akses layanan KB jangka panjang/MKJP dan pengembangan jaringan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu, termasuk pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan pelayanan KB berkualitas. Layanan ini diselenggarakan di 18 provinsi;
- (iv) peningkatan kompetensi tenaga medis, melalui pelatihan *contraceptive technology update* (CTU) bagi dokter dan bidan di seluruh Indonesia dalam rangka meningkatkan pelayanan KB yang berkualitas bagi masyarakat;
- (v) pelaksanaan program Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja (PKBR)/generasi berencana di seluruh Indonesia. Melalui program PKBR, diharapkan akan terwujud “Tegar Remaja” yakni remaja yang berperilaku sehat dan terhindar dari risiko *Triad* KRR (seksualitas, napza dan HIV/AIDS) serta remaja yang paham akan kesehatan reproduksi dan pentingnya menunda usia perkawinan.

Data *Mini Survey* BKKBN tahun 2011 menunjukkan bahwa prevalensi peserta KB aktif cara modern telah mencapai 67,5%. Hal ini tidak terlepas dari kebijakan dan strategi RPJMN 2010-2014 yang mengarahkan revitalisasi program KB pada pengembangan dan sosialisasi kebijakan pengendalian penduduk yang responsif gender. Pelaksanaan

kebijakan ini telah berhasil dilaksanakan oleh Kabupaten Situbondo dalam meningkatkan kesertaan KB pada pria.

- Analisis Program Keluarga Berencana

Gambar 6. Disparitas Angka Pemakaian Kontrasepsi Antarprovinsi, 2011



Gambar 5.6. Disparitas angka pemakaian kontrasepsi antarprovinsi, 2011
Sumber: BPS, Susenas 2011

Perawatan kesehatan ibu, bayi, dan anak menggunakan strategi perawatan berkelanjutan (*continuum care*), yaitu pencapaian tingkat kesehatan yang dilakukan melalui serangkaian upaya terpadu sejak periode prakehamilan. Salah satu layanan penting pada periode ini adalah pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi. Angka pemakaian kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*) bagi perempuan menikah usia 15-49 dengan semua cara menunjukkan peningkatan dari 49,70 % pada tahun 1991 menjadi 61,40 % pada tahun 2007 sedangkan CPR dengan cara modern meningkat dari 47,10 % pada tahun 1991 menjadi 57,40% pada tahun 2007. Selanjutnya, data Susenas 2011 menunjukkan peningkatan CPR 61,34% untuk semua cara dan 60,42 % untuk cara modern.

Angka pemakaian kontrasepsi juga bervariasi antarprovinsi, yaitu dari 24,57% (Papua) sampai 71,79 % (Kalimantan Tengah). Selanjutnya, proporsi pemakaian kontrasepsi cara modern yang jauh lebih rendah dibanding semua cara di Papua, menunjukkan bahwa angka proporsi pemakaian kontrasepsi cara tradisional adalah yang tertinggi dibandingkan dengan 32 provinsi lainnya. Sangat rendahnya tingkat pemakaian kontrasepsi cara modern dan tingginya proporsi pemakaian kontrasepsi tradisional menjadikan provinsi ini memerlukan perhatian khusus. Di samping itu, masih terdapat kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*). Pemenuhan atau sebaliknya ketidakterpenuhan kebutuhan alat kontrasepsi dipengaruhi oleh dua hal, yaitu ketersediaan

sesuai dengan tingkat jangkauan masing-masing dan kebutuhan. Suatu hal yang positif adalah kebutuhan KB yang tidak terpenuhi cenderung menurun selama 16 tahun sejak tahun 1991, yaitu dari 12,07% menjadi 9,10% pada tahun 2007 (BPS, SDKI). Selanjutnya, *unmet need* juga berhubungan erat dengan kemampuan ekonomi dan usia baik di perdesaan maupun di perkotaan (Risksdas 2010). Semakin rendah kemampuan ekonomi semakin tinggi *unmet need*. Keadaan ini menunjukkan bahwa semakin tinggi kemampuan ekonomi maka semakin tinggi pula kemampuan untuk memperoleh alat tersebut. *Unmet need* pada perempuan menikah juga berhubungan dengan umur. Semakin tua usia perempuan maka semakin tinggi pula *unmet need*, kecuali pada perempuan menikah umur 10-14 tahun. Mengingat kecenderungan tersebut berlaku juga untuk kelompok umur produktif secara ekonomi, maka dapat ditafsirkan bahwa faktor tingkat kebutuhan atau tingkat kesadaran juga menentukan dalam hal ini. Proporsi *unmet need* yang relatif sama antara wilayah perdesaan dengan perkotaan menunjukkan hal yang positif yaitu tingkat kesadaran penduduk perdesaan akan pentingnya KB yang sudah sama dengan penduduk perkotaan.

3.3 Ketercapaian Target Pembangunan Milenium Bidang Kesehatan Ibu di Indonesia

Target pencapaian kesehatan ibu dibedakan dalam dua indikator yaitu, indikator pertama adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015 atau setara dengan jumlah 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Angka Kematian Ibu menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Meskipun terjadi kenaikan dari tahun sebelumnya, target ini diperkirakan sulit tercapai dan perlu upaya keras untuk mencapai target sampai tahun 2015.

Gambar 7. Target Pencapaian Kesehatan Ibu di Indonesia

Indikator	Acuan dasar	Saat ini	Target MDGs 2015	Status	Sumber	
Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015						
5.1	Angka Kematian Ibu per 100,000 kelahiran hidup	390 (1991)	228 (2007)	302	⚠️	BPS, SDKI
5.2	Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	40,70% (1992)	81,25 % (2011)	Meningkat	➡️	BPS, Susenas
Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015						
5.3	Angka pemakaian kontrasepsi (CPR) bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara	49,70% (1991) *	61,34 % (2011) **	Meningkat	➡️	*BPS, SDKI **BPS, Susenas
5.3a	Angka pemakaian kontrasepsi (CPR) pada perempuan menikah usia 15-49 tahun, cara modern	47,10% (1991) *	60,42 % (2011) **	Meningkat	➡️	
5.4	Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun) per 1000 perempuan usia 15-19 tahun	67 (1991)	35 (2007)	Menurun	➡️	BPS, SDKI
5.5	Cakupan pelayanan Antenatal (sedikitnya 1 kali kunjungan dan 4 kali kunjungan)					
	- 1 kunjungan:	75,00% (1991) *	92,70 % (2010) **	Meningkat	➡️	*BPS, SDKI **Kemenkes, Rikesdas
	- 4 kunjungan:	56,00% (1991) *	61,40 % (2010) **		➡️	
5.6	Unmet Need (kebutuhan keluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi)	12,70% (1991)	9,10 % (2007)	Menurun	➡️	BPS, SDKI

Status : ➡️ Sudah Tercapai ➡️ Akan Tercapai ⚠️ Perlu Perhatian Khusus

Sumber: Bappenas-Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2012

Indikator kedua adalah mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015. Terjadi peningkatan tahun 2011 pada angka pemakaian kontrasepsi (CPR) bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara hingga 61,34%, dan dengan cara modern hingga 60,42%. Serta terjadi penurunan pada kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi dari tahun 1991 sebanyak 12,7 % dan pada tahun 9,1 % ini berarti bahwa pemenuhan kebutuhan ber-KB meningkat.

Berdasarkan laju ini, diperlukan usaha yang jauh lebih besar untuk mencapai Target MDGs ke 5. Selain itu, perhatian khusus harus diberikan kepada daerah miskin, terutama di bagian timur Indonesia, dimana banyak daerah masih memiliki tingkat kematian ibu tertinggi di Indonesia, dan juga karena daerah tersebut memiliki infrastruktur yang sangat terbatas. Yang sangat diperlukan oleh Ibu adalah peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan berkualitas untuk ibu dan anak, terutama selama dan segera setelah kelahiran. Selain peningkatan pelayanan kesehatan, perlu juga diadakan perubahan perilaku masyarakat yang paling rentan terhadap kematian ibu. Hal ini termasuk peningkatan pengetahuan keluarga mengenai status kesehatan dan nutrisi, serta pemberitahuan mengenai jangkauan dan macam pelayanan yang dapat mereka gunakan. Pemerintah

juga perlu untuk meningkatkan sistem pemantauan untuk mencapai tujuan MDGs ke 5. Peningkatan sistem pendataan terutama aspek manajemen dan aliran informasi terutama data dasar infrastruktur kesehatan, serta koordinasi antara instansi terkait dengan masyarakat donor juga perlu ditingkatkan untuk menghindari overlap dan kegiatan yang tidak tepat sasaran, sehingga peningkatan kesehatan ibu dapat dicapai secara lebih efektif dan efisien.

BAB IV
PENUTUP

4.1 KESIMPULAN

▪ Matriks Tipe Pembangunan

TIPE	PERENCANAAN	PERTUMBUHAN	PERUBAHAN
Jangka Panjang	+	-	+
	Perencanaan: Pada tahun 2000 Pemerintah Indonesia menandatangani deklarasi Millenium (MDGs)		
	1. Program Jampersal		a. Anggaran Kesehatan Ibu <ul style="list-style-type: none"> ▪ MDGs berhasil meningkatkan komitmen Indonesia dalam meningkatkan alokasi anggaran jaminan persalinan dari US\$ 0,1 tahun 2011 hingga US\$ 0,16 miliar pada tahun 2012 dan 2013
	1. Kelas Ibu Hamil		a. Meningkatkan Pengetahuan dan Pendidikan Kesehatan Ibu/Maternal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Program Kelas Ibu Hamil secara nasional belum dikatakan berhasil karena belum merata ke semua daerah di Indonesia. Namun, berkontribusi dalam menurunkan AKI di Indonesia.
	2. Rumah Tunggu Ibu Hamil		a. Di sebagian wilayah Indonesia, yaitu daerah

			<p>tertinggal, perbatasan, dan kepulauan, akses masih menjadi persoalan karena keterbatasan infrastruktur dan transportasi, kondisi geografis dan cuaca yang sulit, serta masih kurangnya tenaga kesehatan. Belum dikatakan berhasil karena belum merata di seluruh wilayah di Indonesia.</p>
	3. Program KB		<p>a. Peningkatan Akses dan Kualitas Pelayanan KB</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dapat dikatakan kurang berhasil secara nasional, karena belum tercapainya pemerataan pemenuhan kebutuhan KB (<i>unmeed need</i>) berupa pemberian alat dan obat kontrasepsi gratis bagi PUS yang berasal dari keluarga miskin di seluruh Indonesia; ▪ Kurang berhasil karena masih kurangnya jangkauan pelayanan KB dalam Jampersal, termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pasca keguguran di seluruh Indonesia terutama di daerah galciltas ;

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelayanan KB di daerah kepulauan dan galciltas (tertinggal, terpencil, dan perbatasan) serta sasaran khusus melalui peningkatkan akses layanan KB jangka panjang/MKJP dan pengembangan jaringan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu, termasuk pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan pelayanan KB berkualitas. Layanan ini diselenggarakan di 18 provinsi, belum merata di seluruh daerah di Indonesia ▪ Peningkatan kompetensi tenaga medis, melalui pelatihan <i>contraceptive technology update</i> (CTU) bagi dokter dan bidan di seluruh Indonesia dalam rangka meningkatkan pelayanan KB yang berkualitas bagi masyarakat, berhasil tercapai dengan meningkatnya jumlah tenaga kesehatan terlatih hingga 81,25% tahun 2011; ▪ Pelaksanaan program PKBR/generasi berencana di seluruh Indonesia, berhasil
--	--	--	--

			dalam menurunkan angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun) per 1000 perempuan usia 15-19 tahun hingga 35% .
--	--	--	---

4.2 SARAN

- 1) Mengikuti kebijakan yang telah dikeluarkan melalui program-program yang dibuat oleh pemerintah, untuk mempercepat pencapaian kemajuan target MDGs dalam kesehatan ibu, maka penting bagi pemerintah Indonesia untuk meningkatkan dan mengoptimalkan alokasi anggaran dan belanja kesehatan dengan mengacu pada kebijakan yang telah dibuat oleh pemerintah sebelumnya. Serta perlunya pengawasan dalam pengimplementasian program-program tersebut, sehingga evaluasi mengenai ketidakmerataan program tersebut bisa diminimalisir.
- 2) Untuk LSM yang bekerja dalam bidang advokasi kesehatan ibu, sangat penting untuk memikirkan tentang gambaran besar mengenai kebijakan dan pendanaan sampai pada bagaimana tahap-tahap kebijakan tersebut diimplementasikan. Ini akan sangat membantu untuk menentukan kriteria yang jelas/indikator/ukuran dalam melakukan kerja-kerja advokasi berbasis bukti.

DAFTAR PUSTAKA

- Anna, Lusia Kus. 2011. "Kualitas Kesehatan di Tentukan Dari Kandungan". *KOMPAS*, 2 Desember 2011.
- Badan Pusat Statistik. 2011. *Survei Sosial Ekonomi Nasional 2011*. Jakarta: BPS
- (1992, 2002, 2004-2012). *Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 1991, 2001, 2003-2011*. Jakarta: BPS.
- (1992, 1995, 1997, 1999, 2003, 2007). *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), 1991, 1995, 1997 2002/03, 2007*. Jakarta: BPS.
- Dwicaksono, Adenatera dan Donny Setiawan. 2013. *Monitoring Kebijakan dan Anggaran: Komitmen Pemerintah Indonesia dalam Kesehatan Ibu*. Bandung: Inisiatif.
- Kementerian Kesehatan. (2008, 2011). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). 2012. *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2011*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS).
- M. Taufiq. (t.t). "Teori dan Indikator Pembangunan". Diakses melalui https://www.academia.edu/6757341/Teori_dan_Indikator_Pembangunan, [28/10/2014].
- Pranowo, Yogie. t.t. "Teori Sistem Global Beserta Implikasinya Terhadap Manusia Modern Berdasarkan Pemikiran Leslie Sklair". Diakses melalui https://www.academia.edu/4790570/Teori_Sistem_Global_dalam_Pemikiran_Leslie_Sklair, [27-10-2014].
- Titaley, C. R., Dibley, M. J. & Roberts, C. L. (2010) *Factors associated with underutilization of antenatal care services in Indonesia: results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003 and 2007*. BMC Public Health. Agus, Y. & Huriuchi, S. (2012) *Factors influencing the use of antenatal care in rural West Sumatra, Indonesia*. BMC Pregnancy and Childbirth.
- Wikipedia. 2014. "Teori Sistem Dunia". Diakses melalui http://id.wikipedia.org/wiki/Teori_sistem_dunia, [27-10-2014].