

ANALISIS KEBIJAKAN DAN PENYUSUNAN REKOMENDASI KESEHATAN IBU DAN ANAK DI INDONESIA



BAPPENAS

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

ANALISIS KEBIJAKAN DAN PENYUSUNAN REKOMENDASI KESEHATAN IBU DAN ANAK DI INDONESIA

**DIREKTORAT KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT
KEDEPUTIAN BIDANG PEMBANGUNAN MANUSIA, MASYARAKAT DAN KEBUDAYAAN
KEMENTERIAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL/
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL**

ANALISIS KEBIJAKAN DAN PENYUSUNAN REKOMENDASI KESEHATAN IBU DAN ANAK DI INDONESIA

© 2023 By Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kementerian PPN/Bappenas

TIM PENYUSUN

Pengarah :

Drs. Amich Alhumami, MA, M.Ed, PhD
Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan
Kementerian PPN/Bappenas

Ketua Tim Penyusun

Pungkas Bahjuri Ali, STP, MS, PhD
Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat
Kementerian PPN/Bappenas

Penyusun :

Renova Glorya Montessori Siahaan, SE, MSc, Fitri Arkham Fauziah, M.Sc, Iftita Rakhma Ikrima, S.Gz, Bahagiati Maghfiroh, M.Stat, Fika Lusiani, S.Stat, Budiyo, SKM, MKM

Kontributor Utama

Prof. dr. Ova Emilia, M.Med.Ed., SpOG(K), Ph.D, Prof. Dr. dr. Budi Wiweko, Sp.OG, MPH, Prof. Asri C. Adisasmita, MPH, M.Phil, PhD, Prof. dr. Adi Utarini, M.Sc, MPH, Ph.D, Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH., Dr.PH, Prof. dr. Endang L. Achadi, MPH, Dr.PH., Prof. Dr. dr. Rinawati Rohsiswatmo, Sp. A(K), Dr. dr. Arietta Puspongoro, SpOG(K), Dr. dr. R. Soerjo Hadijono, DTRM&BcH, Dr. dr. Dwi Handono, M.Kes, Dr. dr. Sri Mulatsih, Sp.A (K), MPH, dr. M. Subuh, MPPM, Dr. Andreasta Meliala M.Kes MAS, Dr. dr. Hanevi Djasri, MARS, FISQua, dr. Sri Hermiyanti, MSc - NPM NPCU, dr. Rizki Tsalatshita Khair Mahardya, MPH, Nurmala Selly, Dr Setyadewi Lusyati, SpAK, PhD, Dr. Nani Nurhaeni, MN, Agung Dwi Laksono, Ph.D; Tutuk Utomo Nuradhy -DoctorShare; Dominirsep O Dodo SKM., MPH, Dr. Masfuri, SKM, MN, dr. Aida Fatmi

Desain Cover :

Aksara Buana Printing

Diterbitkan dan dicetak oleh:

Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat
Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan
Kementerian PPN/Bappenas
Jalan Taman Suropati No. 2, Jakarta Pusat, 10310
Telp: (021) 31934379, Fax: (021) 3926603
Email: kgm@bappenas.go.id

Cetakan pertama:

ISBN: xxxx

Hak Penerbitan @ Kementerian PPN/Bappenas

Dilarang memperbanyak tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit, sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun, baik cetak, *photoprint*, *microfilm* dan sebagainya.

KATA PENGANTAR

Komitmen pemerintah dalam peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) tertuang dalam agenda pembangunan kesehatan melalui target pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan program prioritas Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Penurunan kematian ibu dan bayi telah menjadi agenda prioritas kebijakan pemerintah dalam RPJMN. Kebijakan untuk menurunkan kematian ibu dan bayi diarahkan pada upaya pencegahan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan termasuk penguatan kapasitas sistem kesehatan yang mencakup sarana dan prasarana, SDM kesehatan, standar pelayanan, dan pembiayaan. Kebijakan ini pun didukung dengan pembiayaan khusus untuk menurunkan kematian ibu di Indonesia. Adapun, pelayanan kesehatan ibu dan anak berkesinambungan telah menjadi *highlight* kebijakan percepatan penurunan kematian ibu dalam RPJMN.

Berbagai upaya penguatan sistem kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan pembiayaan telah dilakukan sejak 20 tahun yang lalu. Namun dampak terhadap keluaran KIA belum optimal. Selain itu, Pandemi COVID-19 menyebabkan disrupsi pelayanan KIA karena pembatasan sosial dan terganggunya kapasitas sistem kesehatan untuk memberikan pelayanan secara rutin. Angka kematian ibu di Indonesia telah menurun dari 346 per 100.000 KH (Kelahiran Hidup) pada tahun 2010 menjadi 189 per 100.000 KH pada tahun 2020. Namun, capaian ini masih jauh dari target global pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs), yaitu menurunkan AKI menjadi 70 per 100.000 KH pada tahun 2030. Angka Kematian Neonatal (*neonatal mortality rate*) berhasil diturunkan dari 19 per 1000 kelahiran hidup tahun 2012 menjadi 9,3 per 1.000 kelahiran hidup pada 2020. Namun, WHO melaporkan 47% kematian anak saat Pandemi terjadi pada fase neonatal dan Indonesia tercatat sebagai 7 negara terbesar kematian neonatal pada tahun 2020.

Menjelang akhir periode RPJMN 2020-2024, Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas melakukan serangkaian kajian untuk menjadi bahan masukan dalam penyusunan *Background Study* RPJMN 2025-2029. Salah satu kajian yang telah disusun adalah kajian analisis kebijakan dan penyusunan rekomendasi kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Laporan kajian ini menggali isu strategis dan penyusunan rekomendasi kebijakan ke depan terkait kesehatan ibu dan anak (KIA) mencakup situasi terkini, permasalahan prioritas, kesenjangan kebijakan dan model pelayanan KIA berdasarkan *continuum of care*, isu strategis, dan rekomendasi kebijakan. Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada tim penyusun dan seluruh pihak yang telah membantu dalam penyusunan kajian ini. Kami sangat berharap hasil kajian ini dapat bermanfaat bagi seluruh pihak dan berkontribusi pada peningkatan kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

Jakarta, Juli 2023



Amich Alhumami

Deputi Bidang Pembangunan Manusia,
Masyarakat, dan Kebudayaan,
Kementerian PPN Bappenas

UCAPAN TERIMA KASIH DAN PENGHARGAAN

Laporan Kajian Analisis Kebijakan dan Penyusunan Rekomendasi Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia bertujuan untuk menganalisis situasi terkini, permasalahan prioritas, kesenjangan kebijakan dan model pelayanan KIA berdasarkan *continuum of care*, isu strategis, dan rekomendasi kebijakan. Rekomendasi kebijakan yang dihasilkan dalam kajian ini akan menjadi acuan dalam perumusan kebijakan kesehatan ibu dan anak dalam RPJMN 2025-2029 yang meliputi sasaran utama, indikator, intervensi kunci dan kerangka pelaksanaan.

Penghargaan dan terima kasih kepada seluruh pihak yang membantu pelaksanaan penyusunan laporan kajian ini. Laporan kajian ini disusun oleh sebuah tim di bawah bimbingan Bapak Amich Alhumami (Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, Bappenas) dan supervisi dari Bapak Pungkas Bahjuri Ali (Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas). Koordinator teknis pelaksanaan penyusunan kajian ini adalah Renova Glorya Montesori Siahaan dan konsultan kajian adalah Fitri Fauziah Arkham serta didukung oleh Iftita Rakhma Ikrima, Bahagiati Maghfiroh, Budiyo, Fika Lusiani dan tim Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat lainnya. Kajian ini mendapatkan dukungan dari UNFPA Indonesia dan UNICEF Indonesia.

Apresiasi dan terima kasih kepada para pakar yang telah memberikan masukan dalam penyusunan laporan kajian ini antara lain Prof. dr. Ova Emilia, M.Med.Ed., SpOG(K), Ph.D, Prof. Dr. dr. Budi Wiweko, Sp.OG, MPH, Prof. Asri C. Adisasmita, MPH, M.Phil, PhD, Prof. dr. Adi Utarini, M.Sc, MPH, Ph.D, Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH., Dr.PH, Prof. dr. Endang L. Achadi, MPH, Dr.PH., Prof. Dr. dr. Rinawati Rohsiswatmo, Sp. A(K), Dr. dr. Arietta Puspongoro, SpOG(K), Dr. dr. R. Soerjo Hadijono, DTRM&BcH, Dr. dr. Dwi Handono, M.Kes, Dr. dr. Sri Mulatsih, Sp.A (K), MPH, dr. M. Subuh, MPPM, Dr. Andreasta Meliala M.Kes MAS, Dr. dr. Hanevi Djasri, MARS, FISQua, dr. Rizki Tsalatshita Khair Mahardya, MPH, Nurmala Selly, Dr Setyadewi Lusyati, SpAK, PhD, Dr. Nani Nurhaeni, MN, Agung Dwi Laksono, Ph.D; Tutuk Utomo Nuradhy -DoctorShare; Dominirsep O Dodo SKM.,MPH, Dr. Masfuri, SKM, MN, dan dr. Aida Fatmi.

Penghargaan kepada seluruh narasumber dan penanggap dari Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kementerian Kesehatan: dr. Ni Made Diah Permata L.D, MKM, dr. M. Yusuf, MKM, dr. Laila Mahmudah, MPH,; Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan: dr. Kalsum Komaryani, MPPM; Direktorat Perencanaan Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan: Nusli Imansyah, SKM, M.Kes; Direktorat SUPD III Kementerian Dalam Negeri: R. Budiono Subambang, ST, MPM; Direktorat Bina Pembangunan Desa Kementerian Dalam Negeri: Victor Polnaya S, STP, M.Si, Asisten Deputi Bidang Pembiayaan Manfaat Kesehatan Primer BPJS Kesehatan: dr. Rahmad Asri Ritonga; Asisten Deputi Perancangan Jabatan, Perencanaan dan Pengadaan SDM Aparatur Kementerian PAN RB: Yudha Kartika, SE; UNFPA Indonesia: dr. Elvira Liyanto, UNICEF Indonesia: dr. Bobby M. Syahrizal, MPH; Sekretariat RI-UNFPA: dr. Sri Hermiyanti, MSc; Pemerintah Daerah: dr. Irma Makiah – Dinkes Provinsi Jawa Tengah, dr. Elvi Yana Tikupasang, SKM, M.Kes – Dinkes Provinsi Maluku, dr. Nursaidah Sirajudin, M.Kes- Dinkes Kota Makassar, drg. Agus Sukmayadi- Dinkes Kab. Serang, Dr.drg. Armin AR,M.Kes- Dinkes Kab. Wajo, dr. Zakiah, MKM- Dinkes Kota Depok, dr. Uus Supangat – Dinkes Kota Tasikmalaya, dr. Surip Tintin- Dinkes Kab. Manggarai Timur, dr. Novrizal Puskesmas Cikarang Kab. Bekasi, dr. Riksa Huluki Harahap – Puskesmas Garuda Kota Bandung, dr. Suparno- Puskesmas Cibinong Kab. Bogor, dr. Kristina Br Ginting Puskesmas Wanasari Kab. Bekasi; Organisasi Profesi: Ns. Nurhayati, Sp.Kep.An – PP IPANI, dr. Tri Hesty Widyastoeti, Sp.M, MPH – PERSI, Dr. Emi Nurjasmu, M.Kes – IBI; Mitra Pembangunan: Dr. Siti Nurul Qomariyah – EMAS, dr. Dwirani Amelia Sp.OG – MOMENTUM, Astried Adhania Raintung - JALIN, Budi Kurniawan – Plan Indonesia.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
UCAPAN TERIMA KASIH DAN PENGHARGAAN	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR SINGKATAN	xiii
RINGKASAN EKSEKUTIF	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
BAB 2 KEBIJAKAN KESEHATAN IBU DAN ANAK	5
2.1. Perkembangan Global dalam Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak	6
2.2. Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia.....	10
BAB 3 ANALISIS SITUASI.....	13
3.1. Capaian Kesehatan Ibu dan Anak di Level Dampak/ <i>Impact</i>	14
3.1.1. Kondisi Kematian Ibu	15
3.1.2. Kondisi Kematian Neonatal, Bayi dan Balita.....	17
3.2. Luaran Kesehatan Ibu dan Anak berdasarkan Siklus Kehidupan	19
3.2.1. Luaran Kesehatan Pra Kehamilan	20
3.2.2. Luaran Kesehatan Masa Kehamilan	24
3.2.3. Luaran Kesehatan Masa Persalinan dan 24 Jam Pasca Salin	26
3.2.4. Luaran Kesehatan Ibu Masa Nifas (1-6 minggu) dan Neonatal (2-28 Hari).....	27
3.2.5. Luaran Kesehatan Bayi dan Balita (1-59 bulan)	28
BAB 4 AKSES DAN KUALITAS PELAYANAN KIA.....	29
4.1. Pencapaian Cakupan Efektif Pelayanan KIA	30
4.2. Kualitas Sistem Rujukan dan Pelayanan Kegawatdaruratan.....	34
4.3. Akses dan Kualitas Pelayanan di Fasyankes Primer.....	38
4.3.1. Penyediaan Pelayanan Kesehatan Remaja dan Usia Subur.....	38
4.3.2. Penyediaan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil.....	39
4.3.3. Penyediaan Pelayanan Persalinan	41
4.3.4. Penyediaan Pelayanan Pasca Salin dan Bayi Baru Lahir	42
4.3.5. Penyediaan Pelayanan Bayi dan Balita	43
BAB 5 PELAYANAN KIA DI DTPK.....	47
5.1. Akses dan Kualitas Pelayanan KIA di DTPK.....	48
5.2. Kesiapan Pelayanan KIA di DTPK.....	51
5.3. Determinan Sosial dalam Pelayanan KIA di DTPK.....	53

BAB 6 KAPASITAS SISTEM KESEHATAN	55
6.1. Kesiapan Sarana, Farmasi dan Logistik Kesehatan	56
6.1.1. Kesiapan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer	56
6.1.2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	59
6.2. Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan.....	61
6.2.1. Ketersediaan dan Distribusi	62
6.2.2. Kinerja dan Kompetensi SDM	65
6.2.3. Sistem Pendidikan dan Peningkatan Kapasitas SDM	68
6.3. Pembiayaan dan Penganggaran untuk KIA.....	69
6.3.1. Sumber dan Mekanisme Pembiayaan KIA di Indonesia	70
6.3.2. Alokasi Pembiayaan KIA.....	71
6.3.3. Jaminan untuk Pelayanan KIA.....	73
6.4. Sistem Informasi	83
6.4.1. Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak	85
6.4.2. Pencatatan Status Kesehatan Individu	87
6.4.3. Pencatatan dan Pelaporan Kematian di Fasyankes.....	90
BAB 7 TATA KELOLA PENYELENGGARAAN KIA BERKUALITAS	93
7.1. Tata Kelola Kualitas di Tingkat Kebijakan.....	94
7.2. Tata Kelola Kualitas di Tingkat Pelayanan.....	98
BAB 8 ISU STRATEGIS DALAM PENGUATAN PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK	103
BAB 9 REKOMENDASI KEBIJAKAN.....	107
9.1. Sasaran Utama, Indikator, dan Target	108
9.2. Strategi Kebijakan KIA 2025-2029.....	112
9.3. Kerangka Pelaksanaan	114
9.3.1. Kerangka Regulasi.....	114
9.3.2. Kerangka Pembiayaan.....	116
9.3.3. Kerangka Kelembagaan	117
LAMPIRAN.....	122

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Capaian dan Target di Level Dampak untuk KIA	15
Tabel 2. Angka Kematian Ibu Berdasarkan Pulau (SUPAS, 2015).....	16
Tabel 3. Penyebab Tertinggi Kematian Ibu, Neonatal, Bayi dan Balita.....	19
Tabel 4. Target dan Capaian <i>Outcome</i> dan Output KIA dalam RPJMN 2020-2024	20
Tabel 5. Estimasi Insidensi Penyakit Penyerta Ibu Hamil 2019.....	25
Tabel 6. Kaskade Cakupan Pelayanan KIA.....	32
Tabel 7. Penyebab Rujukan Maternal Berdasarkan 3 Level Keterlambatan	35
Tabel 8. Tantangan dalam Pelayanan Kegawatdaruratan KIA di FKTP dan FKRTL	37
Tabel 9. Proporsi Balita Campak, dan IDL di DTPK	50
Tabel 10. Kesiapan Pelayanan KIA di Puskesmas, Praktik Mandiri dan Klinik Swasta.....	59
Tabel 11. Gambaran Kekurangan Dokter, Perawat, Bidan dan ATLM di Puskesmas	62
Tabel 12. Hasil Observasi Kemampuan Tenaga Kesehatan berdasarkan <i>Vignette</i> terhadap Tata Laksana Pasien dengan Indikasi Perdarahan <i>Post Partum</i>	66
Tabel 13. Proporsi Puskesmas yang Tenaga Kesehatannya Menerima Pelatihan terkait KIA	69
Tabel 14. Perbandingan Standar Pelayanan, Cakupan Manfaat JKN dan Dukungan Pembiayaan Program untuk KIA	77
Tabel 15. Tantangan Implementasi Satu Data Kesehatan di Fasyankes Primer dan Rujukan.....	85
Tabel 16. Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan KIA Sesuai Permenkes No 21 Tahun 2021	87
Tabel 17. Perbedaan Proses Pencatatan dan Pelaporan Kematian Manual dan Menggunakan MPDN	91
Tabel 18. Pembagian Kewenangan Urusan Pemerintah Bidang Kesehatan Antara Pemerintah Pusat, Provinsi Dan Kab/Kota	95
Tabel 19. Capaian Indikator SPM Bidang Kesehatan 2021	97
Tabel 20. Perbandingan Peran dan Sistem Informasi Pemantauan SPM Bidang Kesehatan	98
Tabel 21. Pelayanan KIA dalam Elemen Penilaian Akreditasi Puskesmas dan Rumah Sakit.....	99
Tabel 22. Ringkasan Isu Strategis Penguatan Pelayanan KIA.....	104
Tabel 23. Sasaran, Indikator dan Target Kebijakan KIA 2025-2029	108
Tabel 24. Peran Lintas Sektor dalam Peningkatan Kebijakan KIA 2025-2029.....	118

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Logis Kebijakan KIA berdasarkan <i>Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016-2030</i>	6
Gambar 2. Disrupsi pelayanan kesehatan ibu dan anak yang dilaporkan di 95 negara pada kuartal I 2020, kuartal II 2021, dan kuartal IV 2021	7
Gambar 3. Kepatuhan terhadap Protokol Berbasis <i>Evidence</i> dan Ketepatan Diagnosis untuk Pelayanan KIA di 18 Negara	8
Gambar 4. Kesenjangan Indikator dan Intervensi Penurunan Kematian Ibu dan Bayi di Negara Berkembang pada Aspek Kualitas dan Kepatuhan Penerima Layanan	9
Gambar 5. Kesenjangan Indikator dan Intervensi Penurunan Kematian Balita di Negara Berkembang pada Aspek Kualitas dan Kepatuhan Penerima Layanan	9
Gambar 6. Dukungan Kebijakan untuk KIA di Indonesia 2005-2024	12
Gambar 7. Gambaran Umum Permasalahan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia	14
Gambar 8. Proyeksi Penurunan Tahunan (<i>Annual Rate Reduction</i>) AKI	15
Gambar 9. Proporsi Kematian Ibu Berdasarkan Karakteristik Sosial	16
Gambar 10. Proporsi Kematian Ibu Berdasarkan Waktu Kematian	17
Gambar 11. Tren Angka Kematian Neonatal, Bayi dan Balita 1991-2020.....	17
Gambar 12. Angka Kematian Neonatal, Bayi (<i>Infant</i>) dan Balita Berdasarkan Karakteristik dan Status Sosial Ekonomi.....	18
Gambar 13. Prevalensi Anemia pada Remaja 2007 – 2018	21
Gambar 14. ASFR (15-19) dan Persentase Pernikahan < 18 Tahun	22
Gambar 15. Prevalensi Penyakit Tidak Menular dan Anemia Sebagai Faktor Risiko Utama Kehamilan Pada Usia Subur	23
Gambar 16. <i>Unmet Need</i> Berdasarkan Kelompok Usia dan Tujuan Menggunakan KB	24
Gambar 17. Status Gizi Ibu Hamil.....	25
Gambar 18. Persentase Ibu hamil dengan Risiko “Empat Terlalu”.....	26
Gambar 19. Proporsi Gangguan/ Komplikasi Pasca Persalinan pada WUS dan Remaja	27
Gambar 20. Prevalensi Penyakit Infeksi dan Malnutrisi pada Balita	28
Gambar 21. Ilustrasi Kaskade Cakupan Pelayanan ANC	31
Gambar 22. Alur Rujukan Terencana (A) dan <i>Emergency</i> (B) Pelayanan KIA Dua Arah FKTPFKRTL	34
Gambar 23. Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja dan Usia Subur.....	38

Gambar 24. Tingkat Putus Pakai Alat Kontrasepsi.....	39
Gambar 25. Proporsi Jenis Pelayanan Laboratorium yang Diterima Ibu Hamil saat ANC.....	40
Gambar 26. Jumlah Persalinan di Puskesmas dan Rumah Sakit.....	42
Gambar 27. Cakupan Kunjungan Nifas Pada Ibu dan Neonatal.....	43
Gambar 28. Proporsi Tempat Pencarian Pertolongan untuk Berobat pada Balita Sakit.....	44
Gambar 29. Tingkat Kepatuhan Puskesmas dalam Pelaksanaan MTBS.....	44
Gambar 30. Prevalensi Ibu Hamil KEK dan Komplikasi Kehamilan di DTPK.....	48
Gambar 31. Cakupan Pelayanan Kehamilan, Persalinan, Nifas dan TTD Remaja di DTPK.....	49
Gambar 32. Prevalensi Diare dan Pneumonia Balita di DTPK.....	49
Gambar 33. Akses Rumah Tangga terhadap Air Minum Layak, Sanitasi Layak dan Ketersediaan Fasilitas Cuci Tangan di DTPK.....	49
Gambar 34. Prevalensi BBLR dan <i>Wasting</i> di DTPK.....	51
Gambar 35. Proporsi Puskesmas Tanpa Dokter dan Rasio Dokter Dibanding Jumlah Puskesmas di DTPK.....	51
Gambar 36. Persentase Puskesmas Siap PONED dan RS Siap PONEK Berdasarkan Ketersediaan Layanan di DTPK.....	52
Gambar 37. Proporsi Puskesmas yang Menyediakan Pelayanan KIA.....	56
Gambar 38. Proporsi Puskesmas Memiliki Sarana Komunikasi Berdasarkan Geografis.....	57
Gambar 39. Proporsi Puskesmas Siap PONED yang Memenuhi 75% Ketersediaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan.....	58
Gambar 40. Ketersediaan Obat Emergensi Saat Persalinan di Puskesmas, Bidan Praktik Mandiri, Dokter Praktik Mandiri dan Klinik Swasta.....	58
Gambar 41. Ketersediaan Fasilitas Persalinan di RS Rujukan dan Non-Rujukan Pemerintah.....	60
Gambar 42. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Bayi dan Anak di RS Rujukan dan Non-Rujukan Pemerintah.....	60
Gambar 43. Kesiapan Operasi SC 24 dan Ketersediaan Obat Komplikasi Serius Persalinan di RS Pemerintah dan Swasta.....	61
Gambar 44. Perbandingan Rasio Dokter per Puskesmas antara Rifaskes 2011 dengan Risnakes 2017 untuk Provinsi Wilayah Barat dan Timur.....	63
Gambar 45. Peta Pemenuhan 9 jenis Tenaga Kesehatan Puskesmas berdasarkan Provinsi.....	63
Gambar 46. Persentase Puskesmas Tanpa Bidan Berdasarkan Provinsi.....	64
Gambar 47. Peta Ketersediaan 7 Jenis Dokter Spesialis di RSUD Berdasarkan Provinsi.....	64

Gambar 48. Ketersediaan dan Kesiapan Tim PONEK di RS	65
Gambar 49. Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	66
Gambar 50. Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	67
Gambar 51. Persentase Akreditasi A dan Tingkat Kelulusan Ujian Kompetensi Program Studi Dokter, Bidan dan Perawat	68
Gambar 52. Pembiayaan dan Penganggaran yang Andal untuk Pencapaian UHC	70
Gambar 53. Sumber Pembiayaan untuk KIA.....	71
Gambar 54. Alokasi Anggaran KIA di Direktorat Gizi, Kesehatan Keluarga dan Obat Publik Kementerian Kesehatan TA 2016-2020	72
Gambar 55. Peran Jaminan Kesehatan Nasional dalam KIA.....	74
Gambar 56. Cakupan JKN dan Jamkesda pada Ibu Hamil, Baduta dan Balita (%).....	75
Gambar 57. Pengeluaran <i>Out of Pocket</i> (OOP) pada Persalinan Berdasarkan Kepemilikan Asuransi, Tempat Persalinan dan Status Ekonomi	75
Gambar 58. Tren Kasus dan Pembiayaan KIA di FKTP dan FKRTL.....	76
Gambar 59. Kewajiban Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan	83
Gambar 60. Skema Integrasi Sistem Informasi dengan Pemanfaatan Teknologi di Fasyankes Primer	84
Gambar 61. Alur Pelaksanaan PWS KIA (Kemenkes, 2010)	85
Gambar 62. Alur Pendataan dan Pelaporan E-Kohort KIA di Fasyankes	86
Gambar 63. Proporsi Pencatatan Buku KIA Berdasarkan Isi pada Balita (Riskesdas, 2018).....	87
Gambar 64. Rancangan Interoperabilitas SIMPUS/SIMRS dengan Sistem Informasi BPJS dan Kementerian Kesehatan	89
Gambar 65. Rancangan Interoperabilitas RME dalam Satu Sehat.....	89
Gambar 66. Siklus Pelaksanaan AMP-SR	90
Gambar 67. Tata Kelola untuk KIA di Level Pelayanan dan Kebijakan	94
Gambar 68. Penyebab Kematian Perinatal Terkait Tata Kelola Layanan di 4 Provinsi	100
Gambar 69. <i>Logical Framework</i> Kebijakan KIA 2025-2029.....	111

DAFTAR SINGKATAN

AKB	:	Angka Kematian Bayi
AKBa	:	Angka Kematian Balita
AKI	:	Angka Kematian Ibu
AKN	:	Angka Kematian Neonatal
AMP-SR	:	Audit Maternal <i>Perinatal Surveilans</i> dan Respons
ANC	:	<i>Antenatal Care</i>
APN	:	Asuhan Persalinan Normal
ARR	:	<i>Annual Rate Reduction</i>
ASFR	:	<i>Age Specific Fertility Rate</i> / Angka Kelahiran menurut Umur
ATLM	:	Ahli Teknologi Laboratorium Medik
BBLR	:	Berat Badan Lahir Rendah
DTPK	:	Daerah Terpencil Perbatasan Kepulauan
FKTP	:	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	:	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
IDL	:	Imunisasi Dasar Lengkap
IMD	:	Inisiasi Menyusui Dini
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional
KB	:	Keluarga Berencana
K1 s/d K4	:	Kunjungan 1, 2, 3 dan 4
KEK	:	Kekurangan Energi Kronik
KF	:	Kunjungan Nifas pada Ibu
KH	:	Kelahiran Hidup
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	:	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KIPI	:	Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi
KPM	:	Keluarga Penerima Manfaat
KN	:	Kunjungan Neonatal
LMIC	:	<i>Low Middle Income Countries</i>
MKJP	:	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
MPDN	:	<i>Maternal Perinatal Death Notification</i>
MP ASI	:	Makanan Pendamping ASI
MTBS	:	Manajemen Terpadu Balita Sakit
Permenkes	:	Peraturan Menteri Kesehatan
P4K	:	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

PK	: Pendataan Keluarga
PKH	: Program Keluarga Harapan
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PTM	: Penyakit Tidak Menular
PUS	: Pasangan Usia Subur
Rifaskes	: Riset Fasilitas Kesehatan
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
Risnakes	: Riset Tenaga Kesehatan
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	: Rumah Sakit
RTK	: Rumah Tunggu Kelahiran
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SDMK	: Sumber Daya Manusia Kesehatan
Sirkesnas	: Survei Indikator Kesehatan Nasional
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SP	: Survei Penduduk
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SRS	: <i>Sampling Registration System</i>
SSGI	: Survei Status Gizi Indonesia
SUPAS	: Survei Penduduk Antar Sensus
SUSENAS	: Survei Sosial Ekonomi Nasional
TTD	: Tablet Tambah Darah
UTD	: Unit Transfusi Darah
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WUS	: Wanita Usia Subur

RINGKASAN EKSEKUTIF

A. Latar Belakang

Komitmen Pemerintah Indonesia dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan anak (KIA) tertuang dalam agenda pembangunan kesehatan melalui target pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan program prioritas Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). **Berbagai upaya penguatan sistem kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan pembiayaan telah dilakukan sejak 20 tahun yang lalu, tetapi dampak terhadap luaran KIA belum optimal.** Selain itu, pandemi COVID-19 menyebabkan disrupsi pelayanan KIA karena pembatasan sosial dan terganggunya kapasitas sistem kesehatan untuk memberikan pelayanan secara optimal. Oleh karena itu, diperlukan kajian kebijakan untuk menyusun strategi yang berdaya ungkit dan terukur dalam peningkatan KIA ke depan untuk memenuhi komitmen agenda pembangunan kesehatan 2030. Kajian kebijakan ini dilakukan melalui telaah literatur, wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD) dengan pakar, kementerian/lembaga, pemerintah daerah, fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta. Tujuan kajian ini untuk menggali secara komprehensif mengenai situasi terkini, *gap* kebijakan dan kapasitas pelayanan, isu strategis dan kebutuhan penguatan, serta rekomendasi kebijakan ke depan untuk KIA.

B. Akses dan Kualitas Pelayanan KIA

Pencapaian target KIA dalam RPJMN 2020-2024 sebagian besar diperkirakan *on-track*, tetapi perlu kerja keras dan sulit tercapai untuk imunisasi balita dan Keluarga Berencana (KB). Selain itu, masih terdapat **kesenjangan pada cakupan efektif dan cakupan semesta KIA karena belum optimalnya keadilan akses serta kualitas pelayanan KIA.** Selain itu, **kesenjangan pencapaian target *impact* (AKI, AKB, AKN, dan AKBa) serta output pelayanan KIA masih terjadi di DTPK.** Hal ini karena kapasitas sistem kesehatan yang belum optimal, kurangnya komitmen dan kapasitas pemerintah daerah serta masih terdapat tantangan determinan sosial yang menghambat akses dan kualitas pelayanan KIA.

Sebagai upaya kunci untuk meningkatkan *survival* ibu dan anak, **pelayanan kegawatdaruratan dan sistem rujukan KIA belum responsif** karena kesiapan layanan (PONED dan PONEK) rendah, tenaga kesehatan tidak siap dan sigap, dan kurang berfungsinya sistem rujukan yang terencana. Selain itu, **kualitas pelayanan rutin KIA masih menjadi tantangan** pada upaya skrining dan manajemen risiko remaja serta WUS, pelayanan ANC, persalinan, nifas, bayi dan balita.

Masalah utama pada remaja yaitu masih tingginya kehamilan tidak diinginkan pada remaja, angka kelahiran remaja/ ASFR 15-19 tahun, prevalensi anemia pada remaja dan perilaku seksual berisiko karena akses pelayanan kesehatan reproduksi remaja terbatas, pesan dan metode KIE tidak sesuai dengan kebutuhan remaja, serta kurangnya koordinasi upaya kesehatan remaja di komunitas, sekolah dan fasilitas pelayanan kesehatan. **Masalah utama pada WUS yaitu** malnutrisi, risiko kehamilan karena 4T, *unmet need* KB masih tinggi dan risiko Penyakit Tidak Menular (PTM). Hal ini disebabkan oleh deteksi dini dan tindak lanjut risiko yang belum optimal, tingginya *drop out* KB karena perencanaan dan informasi yang kurang tepat, kurangnya akses pelayanan KB di fasyankes serta rendahnya penggunaan KB pasca persalinan karena kurang pengetahuan pasien dan tenaga kesehatan.

Masalah utama pada ibu hamil yaitu masih tingginya prevalensi anemia dan KEK, serta masih terdapat komplikasi persalinan karena perdarahan dan penyakit penyerta. Walaupun cakupan kunjungan ANC 4 kali sudah tinggi, kualitas pelayanan masih belum optimal dengan rendahnya kunjungan ANC 6 kali, rendahnya kepatuhan prosedur 10 T dan kurang optimalnya pengelolaan dan rujukan terencana pada ibu hamil risiko tinggi.

Masalah utama pada ibu bersalin dan bayi baru lahir yaitu masih tingginya komplikasi persalinan obstetri karena perdarahan, eklampsia, dan infeksi serta komplikasi bayi baru lahir karena prematur dan asfiksia. Akses dan kualitas pelayanan saat persalinan yang kurang optimal terlihat dari “3 terlambat” yang masih terjadi yaitu terlambat mencari pertolongan, terlambat sampai ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten dan terlambat mendapatkan pelayanan berkualitas. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan pengambilan keputusan lama dari keluarga, penanganan persalinan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan fasilitas standar, serta kapasitas pelayanan kegawatdaruratan yang kurang optimal di FKTP dan FKRTL.

Masalah utama pada ibu nifas dan neonatal yaitu kematian ibu terbanyak terjadi pada masa nifas karena perdarahan dan infeksi serta kematian bayi baru lahir tertinggi terjadi pada 1-6 hari pasca kelahiran karena BBLR, asfiksia dan kelainan kongenital. Akses dan kualitas pelayanan ibu nifas dan neonatal belum optimal karena kunjungan rumah pasca persalinan belum intensif, informasi rujuk balik tidak lengkap yang menyulitkan tindak lanjut perawatan, pemantauan tanda bahaya dan manajemen risiko tidak optimal serta tantangan praktik budaya yang membahayakan kondisi ibu dan bayi.

Masalah utama pada balita yaitu masih tingginya penyakit infeksi (diare dan pneumonia) dan malnutrisi (*wasting*, *underweight*, BBLR dan *stunting*). Akses dan kualitas pelayanan kesehatan balita belum optimal dengan rendahnya cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL), tata laksana balita sakit (MTBS) belum sesuai standar, pelaksanaan posyandu belum efektif untuk penjangkauan balita berisiko dan pelayanan gizi balita yang belum optimal.

C. Kapasitas Sistem Kesehatan

Kapasitas sistem kesehatan masih menghadapi tantangan dalam **ketersediaan sarana prasarana, farmasi dan alat kesehatan yang sesuai standar, ketersediaan dan kualitas SDM, ketersediaan sistem informasi serta pembiayaan**. Kesiapan layanan masih rendah pada Puskesmas PONEK dan RS PONEK berdasarkan ketersediaan sarana prasarana dan farmalkes standar dan tim tenaga kesehatan terlatih. Selain itu, fasyankes swasta sebagai penyedia pelayanan KIA paling tinggi pun belum memiliki kesiapan dan kualitas pelayanan yang memadai. **Kekurangan dan maldistribusi** terjadi pada tenaga kesehatan utama yaitu bidan, perawat, dokter, dokter spesialis dan ATLM. **Kualitas kinerja tenaga kesehatan pun belum optimal** karena kurang jelasnya pembagian peran dan beban kerja, kurangnya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, potensi peran kader belum dioptimalkan, serta kualitas calon tenaga kesehatan yang belum optimal.

Sistem informasi individu dan data kematian belum tersedia optimal di tingkat fasyankes. Status kesehatan individu belum bisa diakses antar fasyankes sehingga menyulitkan untuk menentukan diagnosa yang cepat dan tepat terutama saat kondisi gawat darurat. Sistem informasi masih terfragmentasi antar fasyankes dan antar program yang meningkatkan beban administrasi pelaporan bagi tenaga

kesehatan dan kualitas data yang dilaporkan tidak akurat. Cakupan dan kualitas pencatatan kematian di fasyankes belum optimal karena belum terintegrasinya sistem pencatatan kematian di fasyankes dan di masyarakat.

Berbagai sumber pembiayaan dari pemerintah pusat, daerah dan iuran JKN belum efektif dan efisien dalam penyelenggaraan pelayanan KIA yang berkualitas. Masih terdapat *gap* pembiayaan karena paket manfaat JKN belum menyesuaikan pedoman pelayanan terbaru, meningkatnya pembiayaan SC karena upaya kendali mutu dan biaya yang belum optimal. Selain itu masih terdapat pengeluaran pribadi (*out of pocket payment*) untuk pelayanan KIA bagi peserta JKN dan masyarakat rentan. Alokasi pembiayaan untuk upaya promotif dan preventif juga masih terbatas karena komitmen kurang serta perencanaan dan penganggaran pemerintah masih terfragmentasi dan belum efektif. Tantangan utama penyelenggaraan dana transfer adalah masih terdapat menu kegiatan yang belum tepat sasaran dan belum sepenuhnya mempertimbangkan kebutuhan daerah. Hal ini karena penyusunan menu anggaran dilakukan terpusat dan belum sepenuhnya melibatkan pemerintah daerah, fragmentasi perencanaan antar bidang di pusat dan daerah serta komitmen dan kapasitas pemda kurang dalam perencanaan, penganggaran dan pelaporan.

Tata kelola penyelenggaraan KIA di level kebijakan dan pelayanan belum berjalan optimal. Tantangan pada level kebijakan adalah standar kualitas masih belum selaras antar regulasi, upaya peningkatan kualitas masih terbatas pada akreditasi yang berfokus pada aspek input, serta belum terintegrasinya upaya pendampingan umum dan teknis oleh pemerintah pusat dan daerah. Tantangan tata kelola di level pelayanan adalah tata kelola klinis tidak sesuai standar, koordinasi dan komunikasi antar unit dan tenaga kesehatan kurang efektif, pengelolaan risiko dan kesiapan terhadap tanda bahaya belum optimal, kurangnya keterampilan klinis tenaga kesehatan dan rendahnya kepatuhan dalam pelaksanaan audit kematian maternal-perinatal.

D. Isu Strategis

Berdasarkan analisis situasi terkini, akses dan kualitas pelayanan KIA, dan kapasitas sistem kesehatan, terdapat 8 isu strategis sebagai berikut:

1. Cakupan efektif dan kualitas pelayanan KIA belum optimal.

Saat ini, pelayanan KIA masih berfokus pada frekuensi/kuantitas kunjungan (*crude coverage*) belum sampai kepada pemenuhan kualitas dan peningkatan kepatuhan. Oleh karena itu, cakupan efektif belum bisa dilihat karena ada kesenjangan data dan intervensi yang efektif. Selain itu, terdapat peningkatan signifikan dari operasi *sectio caesarea* yang proporsinya mencapai 64,9% tahun 2021, jauh dari rekomendasi WHO 10-15%. Hal ini mengindikasikan kurangnya kualitas pelayanan saat kehamilan di FKTP atau upaya kendali mutu dan biaya di RS yang belum optimal.

2. Kapasitas dan kualitas pelayanan gawat darurat dan sistem rujukan untuk mengatasi “3 terlambat”

Rujukan terencana yang merupakan upaya pencegahan sekunder untuk perburukan komplikasi kehamilan dan persalinan belum intensif dilakukan di FKTP karena deteksi lebih awal dan pengelolaan risiko kehamilan di fasyankes primer tidak sesuai pedoman pelayanan dan tenaga kompetensi yang menangani tidak sesuai dengan kompetensinya. Kemudian, kualitas sistem rujukan dan pelayanan kegawatdaruratan sebagai upaya di tahap akhir untuk penyelamatan ibu

dan anak pun belum optimal karena komunikasi dan stabilisasi pra rujukan belum dilakukan sesuai prosedur oleh FKTP. Hal ini sejalan dengan kapasitas tenaga kesehatan terbatas dalam melakukan stabilisasi pra rujukan. Selain itu, kecepatan dan ketepatan tatalaksana di RS tidak bisa dilakukan karena informasi kondisi pasien dan penanganan sebelumnya tidak tersedia. Kesiapan dan kesigapan tim PONEK dan PONEK belum optimal dalam mendeteksi lebih awal tanda kegawatdaruratan dan keputusan tindakan medis yang tidak cepat dan akurat. RS siap pelayanan PONEK 40% dan Puskesmas siap pelayanan PONEK berdasarkan standar SDM 50% (Kementerian Kesehatan, 2022).

3. Kualitas tata kelola belum optimal di level kebijakan dan pelayanan

Seluruh capaian SPM terkait KIA belum mencapai target 100% yang merupakan indikator kinerja pemerintah daerah. Hal ini karena komitmen dan kapasitas pemda belum optimal dalam perencanaan, penganggaran, pendampingan ke fasyankes. Kemudian di level pelayanan, walaupun sudah ada akreditasi untuk penjaminan mutu, tetapi tata kelola klinis dan manajemen risiko belum dilakukan sesuai pedoman. Di FKTP, hanya 9% pasien yang dirujuk dilakukan stabilisasi pra rujukan yang memadai (EMNC, 2019) dan 55,3% Ibu komplikasi kehamilan dirujuk segera (Risikesdas, 2018). Sedangkan di Rumah Sakit, 50% pasien mengalami keputusan klinis yang tidak tepat, dan 47% terlambat mendapatkan tindakan operasi.

Komunikasi antar unit dan tenaga kesehatan di RS dan antar program di Puskesmas belum efektif. Keterlambatan pengambilan keputusan klinis di UGD karena kesulitan komunikasi tenaga kesehatan senior sebagai pengambil keputusan klinis dan miskordinasi dengan laboratorium, kamar operasi dan unit transfusi darah. Manajemen SDM untuk menjamin kesiapan pelayanan pun belum optimal karena jadwal jaga tim tenaga kesehatan tidak disusun dengan baik sehingga tim PONEK dan tim PONEK yang sudah dilatih tidak seluruhnya bisa *standby* 24/7. Oleh karena itu, perlu upaya peningkatan mutu yang lebih komprehensif baik dari sisi input, proses maupun output.

4. Jenis, distribusi dan kualitas SDM (*health workforce*)

Saat ini hanya 49,4% Puskesmas yang memiliki 9 jenis tenaga kesehatan lengkap sesuai Permenkes No 75 Tahun 2014. Selain itu, masih terdapat kekurangan jumlah untuk tiap jenis tenaga kesehatan utama untuk KIA di Puskesmas yaitu dokter, bidan, perawat dan ATLM¹. Maldistribusi tenaga kesehatan pun masih terjadi yang terlihat dari Puskesmas tanpa bidan di Papua 16,7% dan Maluku 8,1% serta kesenjangan rasio dokter di wilayah Barat dan Timur Indonesia.² Secara kualitas, keterampilan prosedur klinis dan pengambilan keputusan klinis masih kurang oleh tenaga kesehatan di fasyankes karena kepemimpinan klinis yang belum optimal. Kemampuan tenaga kesehatan dalam aspek pemeriksaan dan kewaspadaan tanda bahaya sangat rendah.

Manajemen kerja SDM juga masih belum optimal sehingga beban kerja di luar tugas masih tinggi dan terdapat tumpang tindih peran tenaga kesehatan. Terdapat 95% Puskesmas dengan tenaga kesehatan yang mengerjakan tugas di luar kompetensi dalam hal manajemen, dan 66% dalam hal tata laksana.² Sementara, kader belum dilibatkan secara formal dan terstruktur dalam pendataan, edukasi, penilaian risiko awal, pemantauan tanda bahaya di komunitas karena minimnya peningkatan kapasitas dan kurangnya pendampingan dari fasyankes dan pemda.

¹ Kementerian Kesehatan. 2022. Sistem Informasi SDM: Juni 2022

² Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019

5. Model pelayanan belum berorientasi pada kebutuhan penerima manfaat

Upaya penjangkauan ke komunitas (*outreach*) masih belum intensif dilakukan oleh FKTP dan lebih mengandalkan pelayanan di dalam gedung sehingga belum sepenuhnya menjangkau kebutuhan pasien dan kondisi wilayah. Bahkan untuk wilayah DTPK dengan kendala geografis, praktik sosial budaya, status ekonomi ibu dan anak, model pelayanan masih pasif sehingga belum mampu meningkatkan akses masyarakat. Selain itu, pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) masih rendah karena kendala biaya akomodasi dan kehilangan penghasilan harian bagi keluarga yang menemani ibu di RTK. Jam buka dan model pemberian layanan tidak sesuai dengan mobilitas dan preferensi ibu serta remaja.

6. Sistem informasi individu dan data kematian belum tersedia optimal di tingkat fasyankes

Beberapa sistem informasi dan data KIA saat ini masih terfragmentasi dan tumpang tindih antar fasyankes maupun program. Hal ini menyebabkan beban pelaporan bagi tenaga kesehatan di fasyankes dan pemanfaatan data pun kurang optimal karena kualitas data yang dihasilkan kurang. **Status kesehatan individu belum bisa diakses antar fasyankes** sehingga diperlukan pemeriksaan ulang saat pasien dirujuk yang menyebabkan kurangnya kecepatan dan ketepatan penanganan. **Cakupan dan kualitas pencatatan kematian ibu dan anak masih belum optimal** karena belum terintegrasinya pencatatan kematian dalam MPDN, Sistem BPJS dan registrasi kependudukan.

7. Berbagai sumber pembiayaan belum sepenuhnya menjamin efektivitas dan *equity* dalam pelayanan KIA

Sumber pembiayaan KIA saat ini berasal dari APBN melalui alokasi kementerian/lembaga, dana transfer dan dana dekonsentrasi, APBD, BLUD dan iuran JKN. Namun, perencanaan dan pemanfaatan masih belum efektif. Alokasi promotif dan preventif masih belum optimal terutama untuk skrining, penjangkauan di komunitas, kunjungan rumah dan pelibatan kader. Sebagian besar rata-rata realisasi anggaran KIA tahun 2018-2021 digunakan untuk pengadaan obat dan perbekalan kesehatan serta Jampersal. Sedangkan, **potensi BLUD belum dioptimalkan fasyankes** untuk KIA karena ketidaksesuaian tarif, kurangnya kapasitas manajemen keuangan fasyankes dan minimnya pendampingan pemda.

Walaupun cakupan JKN sudah tinggi untuk masyarakat luas, *equity* untuk pelayanan KIA masih belum sepenuhnya terpenuhi karena masih terdapat *out of pocket* persalinan terutama untuk pemilik JKN rata-rata sebesar Rp. 887,603, masyarakat sangat miskin rata-rata sebesar Rp. 594,435 serta masyarakat miskin dan rentan rata-rata Rp. 972,091. Kemudian, belum ada mekanisme pembiayaan untuk penduduk tanpa identitas yang belum memiliki JKN. Sementara, pembiayaan untuk operasi SC meningkat dari 6,03 Triliun pada tahun 2018 menjadi 6,67 Triliun pada tahun 2021. Hal ini berpotensi inefisiensi dan menghambat keberlangsungan pembiayaan kesehatan. Selain itu, upaya peningkatan kualitas layanan KIA melalui Permenkes No 21 Tahun 2021 belum bisa berjalan optimal karena ada *gap* paket manfaat JKN terutama tarif non kapitasi.

8. KIE dan pemberdayaan masyarakat belum efektif mendorong perubahan perilaku individu maupun masyarakat

Akses pelayanan KIA masih rendah karena masyarakat belum memahami dan terbiasa melakukan upaya pencegahan, pengenalan risiko dan tanda bahaya. Selain itu, kepatuhan remaja dan ibu dalam melaksanakan anjuran perawatan di rumah pun masih rendah misalnya rendahnya ibu hamil dan remaja dalam mengonsumsi TTD sesuai anjuran. Sedangkan, pesan dan metode edukasi tidak sesuai dengan kebutuhan target, sehingga sulit dipahami dan mendorong perubahan perilaku.

Sudah banyak upaya pemberdayaan masyarakat untuk KIA antara lain P4K, Posyandu, dan Desa Siaga. Namun, pemantauan dan evaluasinya belum optimal, sehingga upaya edukasi, pemantauan kehamilan dan rujukan terencana yang lebih awal tidak bisa dilakukan dengan efektif. Selain itu, peran potensial dan kelembagaan kader belum optimal karena belum ada dukungan yang kuat terkait regulasi, pelatihan, operasional penjangkauan, dan insentif memadai.

E. Rekomendasi Kebijakan

Untuk memenuhi komitmen pemerintah dalam pencapaian SDGs 2030 terkait KIA, maka diperlukan kebijakan **berdaya ungkit dan terukur dalam menghentikan kematian yang dapat dicegah pada ibu, bayi dan balita anak melalui cakupan efektif, equity, dan pelayanan KIA berkualitas.**

Tujuan kebijakan KIA 2025-2029:

1. Meningkatkan cakupan efektif dan kualitas pelayanan KIA dan sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan primer dan rujukan
2. Meningkatkan akses pelayanan semesta KIA pada semua siklus hidup, termasuk remaja

Berdasarkan tujuan tersebut, maka sasaran kebijakan KIA adalah sebagai berikut:

1. Setiap perempuan memiliki status kesehatan yang optimal
2. Penyediaan pelayanan kesehatan remaja putri, WUS, ibu hamil, ibu bersalin dan nifas yang berkualitas
3. Setiap bayi lahir dengan selamat
4. Penyediaan pelayanan kesehatan bayi yang berkualitas
5. Setiap balita memiliki status kesehatan yang optimal
6. Penyediaan pelayanan kesehatan balita yang berkualitas

Untuk mencapai tujuan dan sasaran tersebut, maka perlu dilakukan 7 strategi yaitu:

- 1) **Pemenuhan jenis, redistribusi, dan peningkatan kualitas SDM** melalui pemenuhan tenaga kesehatan utama di Puskesmas dan RS, afirmasi penempatan dan pelatihan di DTPK, *task shifting* tugas spesifik, peningkatan kapasitas SDM dan pelembagaan kader.
- 2) **Penguatan pelayanan kegawatdaruratan dan sistem rujukan** melalui pemenuhan standar dan peningkatan kualitas PONEC dan PONEK, penguatan sistem rujukan terencana, afirmasi DTPK untuk penjangkauan ibu dan anak berisiko dan pendampingan kepada fasyankes pemerintah dan swasta.

- 3) **Peningkatan kualitas dan penguatan model pelayanan sesuai kebutuhan kewilayahan dan sesuai siklus kehidupan** melalui perluasan akses pelayanan KIA, pengelolaan janji temu, pemanfaatan teknologi termasuk *telemedicine* dan peningkatan upaya *outreach* rutin dan berkesinambungan dan penguatan peran kader untuk penjangkauan di komunitas.
- 4) **Penguatan standar pelayanan untuk ibu dan anak dengan risiko tinggi** yang didukung dengan paket manfaat dan pembiayaan yang sesuai dengan kebutuhan spesifik ibu dan anak dengan risiko.
- 5) **Penguatan tata kelola dan kepemimpinan pemda serta fasyankes** untuk peningkatan kualitas layanan dan kebijakan di daerah melalui penguatan standar SPM Kesehatan dan standar tata kelola klinis KIA, pelembagaan Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Respons (AMPSR) dalam standar layanan di FKTP dan FKRTL, serta pendampingan kepada pemerintah daerah dan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 6) **Penguatan sistem informasi pelayanan individu dan data kematian berbasis fasilitas** melalui integrasi sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan, rujukan, kelahiran dan kematian antar fasyankes, pelatihan rutin kepada bidan desa dan tenaga kesehatan di fasyankes, serta peningkatan supervisi kualitas data.
- 7) **Sinkronisasi pembiayaan dan pengembangan pembiayaan inovatif** melalui penyesuaian tarif dan paket manfaat pelayanan KIA pada skema JKN, BLUD, dan skema lainnya, mengoptimalkan efektifitas pembiayaan JKN, APBD, BLUD, dana desa dan bantuan sosial untuk pelayanan KIA, peningkatan pembiayaan promotif-preventif serta penguatan pembiayaan untuk masyarakat rentan dan tanpa identitas.



BAB 1

PENDAHULUAN



Angka kematian ibu di Indonesia telah menurun dari 346 per 100.000 KH (Kelahiran Hidup) pada tahun 2010 menjadi 189 per 100.000 KH pada tahun 2020. Namun, capaian ini masih jauh dari target global pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) menurunkan AKI menjadi 70 per 100.000 KH pada tahun 2030. Untuk mencapai target ini, Indonesia membutuhkan penurunan AKI sebesar 9,5% per tahun atau membutuhkan upaya empat kali lipat dari yang ada saat ini. Tren penyebab utama kematian ibu utama di Indonesia tidak berubah, yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan yang sebenarnya bisa dicegah. Tantangan utama dalam pencapaian target penurunan AKI adalah disparitas akses kesehatan ibu, perempuan dan remaja berdasarkan demografi dan sosial; kurang optimalnya kualitas pelayanan kesehatan perempuan, ibu dan anak, serta status kesehatan perempuan sebagai calon ibu kurang optimal.

Angka Kematian Neonatal (*neonatal mortality rate*) berhasil diturunkan dari 19 per 1000 kelahiran hidup tahun 2012 menjadi 9,3 per 1000 kelahiran hidup pada 2020. Namun, WHO melaporkan 47% kematian terjadi pada fase neonatal dan Indonesia tercatat sebagai 7 negara terbesar kematian neonatal (56.000 CI 90% : 45.000-70.000) pada tahun 2020³. Penyebab kematian terbanyak adalah kelahiran pre-term, asfiksia dan kesulitan bernafas, infeksi serta kelainan kongenital. Selain itu, pakar global memprediksikan Pandemi COVID-19 meningkatkan 44,7% jumlah kematian bayi per bulan karena disrupsi sistem kesehatan di negara berpenghasilan menengah ke bawah⁴. Hal ini menjadi tantangan besar untuk mencapai indikator target SDGs 3.2 yaitu menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 KH dan Angka Kematian Balita 25 per 1000 KH. *Lancet* memprediksi 154 (75%) negara bisa mencapai target penurunan kematian balita tetapi 139 (68%) negara tidak bisa mencapai target penurunan kematian neonatal termasuk salah satunya adalah Indonesia.⁵

Penurunan kematian ibu dan bayi telah menjadi agenda prioritas kebijakan pemerintah dalam 20 tahun terakhir melalui 4 periode RPJMN. Kebijakan untuk menurunkan kematian ibu dan bayi diarahkan pada upaya pencegahan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan termasuk penguatan kapasitas sistem kesehatan yang mencakup sarana dan prasarana, SDM kesehatan, standar pelayanan, dan pembiayaan. Kebijakan ini pun didukung dengan pembiayaan khusus untuk menurunkan kematian ibu di Indonesia. Adapun, pelayanan kesehatan ibu dan anak berkesinambungan telah menjadi *highlight* kebijakan percepatan penurunan kematian ibu dalam RPJMN.

Pandemi COVID-19 berdampak negatif yang cukup signifikan terhadap kesehatan ibu dan anak sebagai salah satu kelompok yang rentan terhadap penyakit COVID-19, akses pelayanan kesehatan yang terbatas, akses informasi yang adekuat bahkan akses sosial ekonomi. Selain itu, kesetaraan dan pemberdayaan gender yang belum optimal dalam penanggulangan Pandemi COVID-19 memperparah status kesehatan remaja, perempuan dan anak.⁶ Oleh karena itu, peningkatan status kesehatan ibu dan anak perlu menjadi agenda prioritas dalam kebijakan jangka menengah dan jangka panjang berikutnya untuk pencapaian target peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam mengoptimalkan bonus demografi pada usia produktif di tahun 2045.

³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021>

⁴ Robertson T, Carter ED, Chou VB, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modeling study. *Lancet Glob Health* 2020; 8: e901–08

⁵ Global, regional, and national progress towards Sustainable Development Goal 3.2 for neonatal and child health: all-cause and cause-specific mortality findings from the Global Burden of Disease Study 2019. Paulson, Katherine R et al. *The Lancet*, Volume 398, Issue 10303, 870 - 905

⁶ SMERU Institute, UNICEF. 2022. Dampak Sosial dan Ekonomi COVID-19 pada Rumah Tangga di Indonesia

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional (PPN)/Bappenas telah menyusun Buku Putih “**Major Project Percepatan Penurunan Kematian Ibu di Indonesia**” yang membahas analisis situasi terkini dari kematian ibu dan penyebabnya, identifikasi dukungan kebijakan yang dibutuhkan, evaluasi kapasitas sistem kesehatan dan rekomendasi strategi yang komprehensif untuk percepatan penurunan kematian ibu yang ditargetkan dalam RPJMN 2020-2024. Sebagai pendalaman dari Buku Putih tersebut, diperlukan kajian yang dapat menggali lebih dalam mengenai kualitas kesehatan ibu dan anak yang berkesinambungan (*continuum of care*) berdasarkan siklus kehidupan dan tingkatan pelayanan kesehatan. Selain itu, berbagai kebijakan telah dikembangkan, tetapi belum mampu memberikan daya ungkit yang signifikan bagi perbaikan kesehatan ibu dan anak. Kajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi permasalahan kunci dan solusi inovatif untuk menyelesaikan masalah kesehatan ibu dan anak ke depan. Hasil dari kajian ini menjadi masukan bagi penyusunan *Background Study* RPJMN 2025-2029 bidang kesehatan dengan fokus menggali isu strategis dan penyusunan rekomendasi kebijakan ke depan terkait Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Indonesia. Secara lebih rinci, buku ini disusun untuk 1) mendapat gambaran situasi terkini mengenai kesehatan ibu dan anak di Indonesia; 2) menggali permasalahan prioritas terkait kesehatan ibu dan anak berdasarkan *continuum of care*; 3) menggali kesenjangan kebijakan dan model pelayanan kesehatan ibu dan anak berdasarkan *continuum of care*; 4) mengidentifikasi isu strategis terkait kebijakan percepatan penurunan kematian ibu, bayi dan balita; dan 5) merumuskan rekomendasi kebijakan KIA 2025-2029 yang meliputi sasaran utama, indikator, intervensi kunci dan kerangka pelaksanaan.



BAB 2

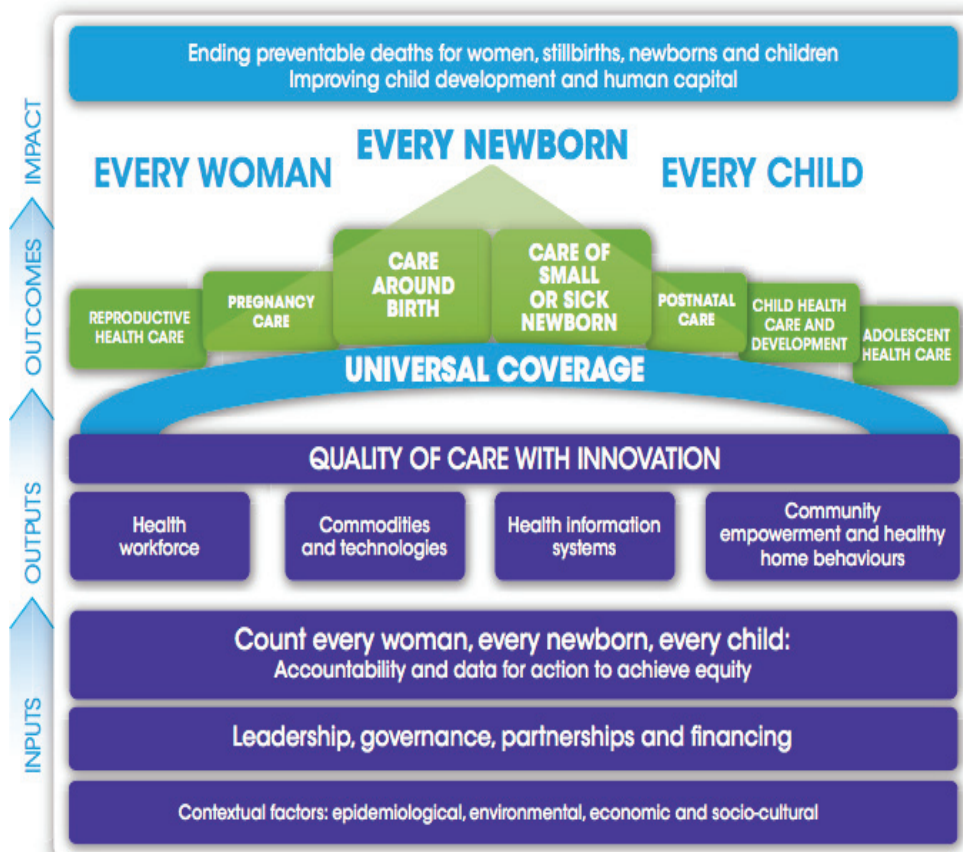
KEBIJAKAN KESEHATAN IBU DAN ANAK



2.1 Perkembangan Global dalam Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak

Sebagai penerjemahan target SDGs 3.1 menurunkan angka kematian ibu global 70 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2030 dan target 3.2 yaitu menurunkan angka kematian neonatal 12 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030, WHO mengeluarkan *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)* yang merupakan revisi dari strategi *Every Woman Every Child (EWEC)* tahun 2010 dengan penekanan pada **integrasi penyelamatan ibu dan bayi baru lahir sebagai kesatuan saat pelayanan persalinan hingga minggu pertama pasca persalinan**.

Gambar 1. Kerangka Logis Kebijakan KIA berdasarkan Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016-2030

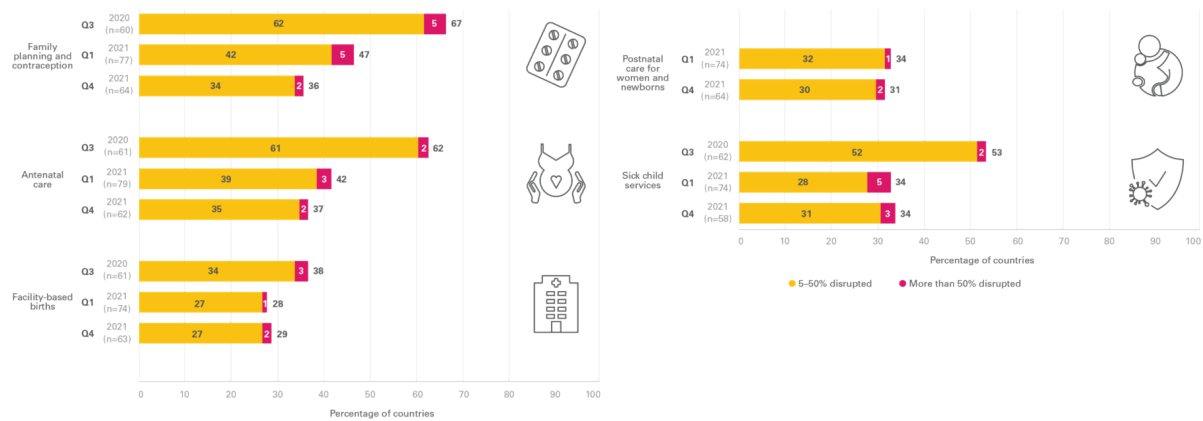


Sumber: WHO, 2016

Disrupsi pelayanan kesehatan saat pandemi COVID-19 yang terjadi di 129 negara berkembang maupun negara maju menyebabkan penundaan program dan pemberian pelayanan KIA yang berdampak pada penurunan luaran KIA.⁷ Padahal, **perempuan, anak dan remaja merupakan kelompok paling rentan dalam setiap krisis kesehatan** karena keterbatasan fisik, relasi-kuasa dan akses sosial ekonomi.

⁷ WHO. 2022. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report

Gambar 2. Disrupsi pelayanan kesehatan ibu dan anak yang dilaporkan di 95 negara pada kuartal I 2020, kuartal II 2021, dan kuartal IV 2021

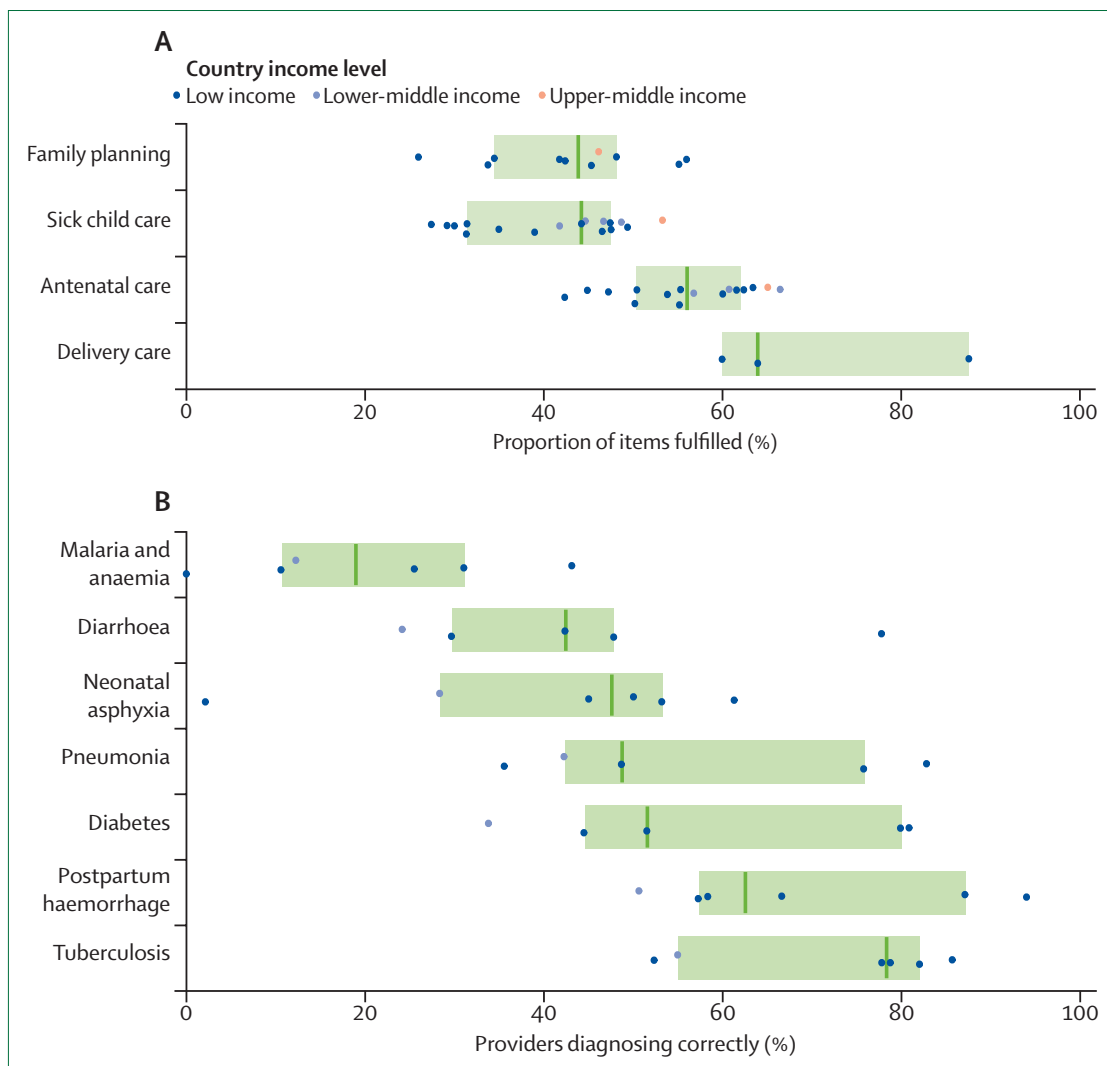


Sumber: WHO, 2022

Tantangan kualitas pelayanan pun dihadapi oleh negara berpenghasilan rendah, rendah-sedang dan tinggi dan yang paling banyak dilaporkan adalah ketepatan diagnosis dan kepatuhan terhadap protokol pelayanan oleh tenaga kesehatan. Misalnya, untuk pelayanan KB, balita sakit, ANC dan persalinan rata-rata tingkat kepatuhan terhadap protokol masih di bawah 70% di 18 negara. Selain itu, ketepatan diagnosis oleh tenaga kesehatan pada anak dengan penyakit diare, asfiksia neonatal, pneumonia masih di bawah 60% di 12 negara. Bahkan, variasi antar negara sangat lebar untuk ketepatan pemberian diagnosis. Selain itu, **dari sisi pengguna layanan** 34% pasien mengalami pelayanan kesehatan ibu dan anak yang kurang di 49 negara berpenghasilan menengah ke bawah (LMIC), termasuk Indonesia.⁸

⁸ Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. v., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Tekle Lemango, E., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). The Lancet Global Health Commission High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

Gambar 3. Kepatuhan terhadap Protokol Berbasis *Evidence* dan Ketepatan Diagnosis untuk Pelayanan KIA di 18 Negara



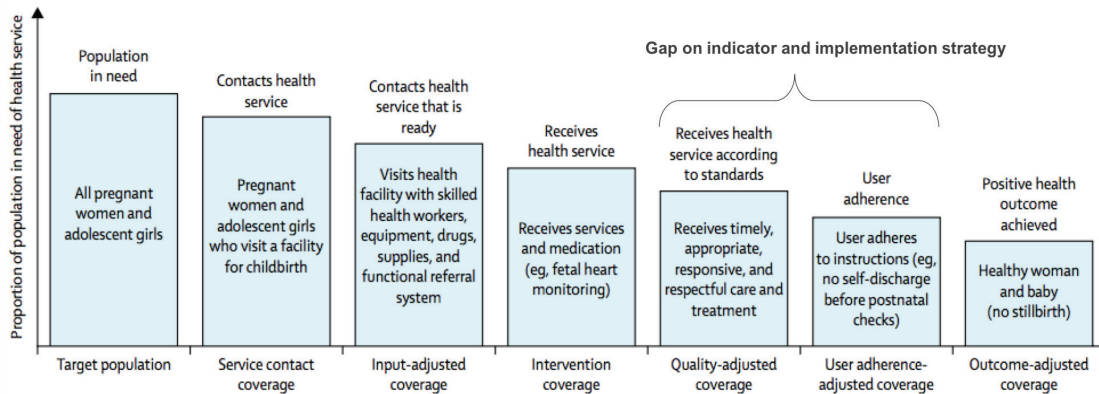
Sumber: Kruk, M. E., et.al., 2018

Di sisi kebijakan, terdapat kesenjangan ketersediaan data dan intervensi yang efektif untuk menjamin cakupan efektif pelayanan KIA terutama di negara berkembang. **Cakupan efektif adalah** proporsi dari populasi sasaran yang membutuhkan dan menerima pelayanan KIA berkualitas serta mendapatkan dampak positif dan peningkatan status kesehatan yang ditargetkan (*outcome-adjusted coverage*). Sebagian besar negara berkembang hanya berfokus pada cakupan kunjungan dan belum mengintegrasikan **perspektif kualitas layanan dan kepatuhan penerima layanan KIA**.⁹ Sedangkan, **dampak dari rendahnya kualitas pelayanan KIA** di 81 negara LMIC sangat besar terhadap lambatnya pencapaian target global dan meningkatnya beban ekonomi. Perbaikan cakupan efektif dan kualitas pelayanan KIA secara bersamaan **dapat menurunkan 28% kematian ibu, 28% kematian neonatal dan 22% bayi lahir mati (stillbirth)**. Pelayanan kesehatan tidak berkualitas berdampak lebih jauh pada **tingginya morbiditas**, peningkatan kebutuhan pengobatan yang **mengakibatkan penambahan biaya perawatan**, serta menyebabkan gejala sisa perawatan (*sequelae*) yang berdampak pada **penurunan**

⁹ Marsh, Andrew & Muzigaba, Moise & Diaz, Theresa & Requejo, Jennifer & Jackson, Debra & Chou, Doris & Cresswell, Jenny & Guthold, Regina & Moran, Allisyn & Strong, Kathleen & Banerjee, Anshu & Soucat, Agnes & Agbèrè, Abdourahmane & Agweyu, Ambrose & Alkitkat, Huda & Amouzou, Agbessi & Arnold, Fred & Azzopardi, Peter & Ba, Mariame & Konieczna, Bozena. (2020). Effective coverage measurement in maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition: progress, future prospects, and implications for quality health systems. The Lancet Global Health. 8. 730-736. 10.1016/S2214-109X(20)30104

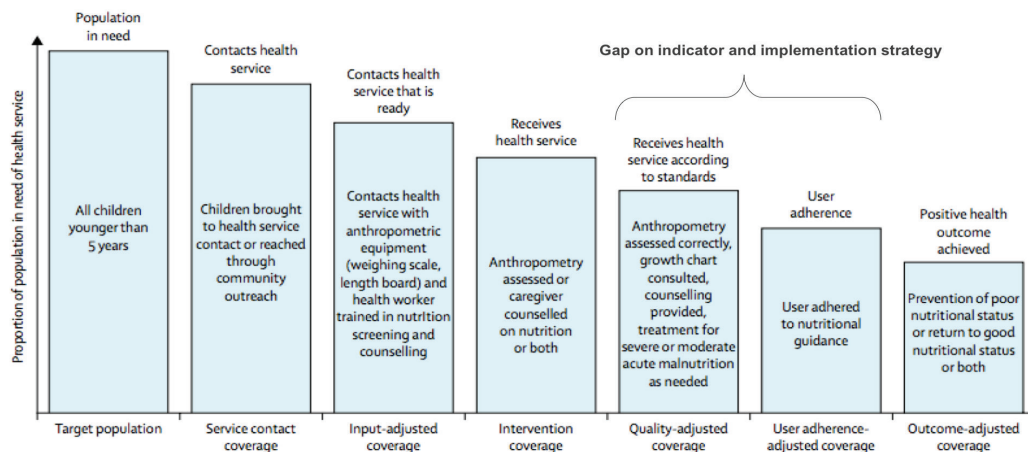
produktivitas serta kualitas hidup ibu dan anak.¹⁰ Dampak pembiayaan yang harus ditanggung karena morbiditas pada ibu dan balita secara keseluruhan adalah \$32,3 miliar dengan rincian \$8,3 miliar untuk keluaran kesehatan ibu dan \$24,0 untuk keluaran kesehatan anak yang terdampak.¹¹

Gambar 4. Kesenjangan Indikator dan Intervensi Penurunan Kematian Ibu dan Bayi di Negara Berkembang pada Aspek Kualitas dan Kepatuhan Penerima Layanan¹²



Sumber: Marsh, *et.al*, 2020

Gambar 5. Kesenjangan Indikator dan Intervensi Penurunan Kematian Balita di Negara Berkembang pada Aspek Kualitas dan Kepatuhan Penerima Layanan⁶



Sumber: Marsh, *et.al*, 2020

¹⁰ Moran PS, Wuytack F, Turner M, Normand C, Brown S, Begley C, et al. (2020) Economic burden of maternal morbidity – A systematic review of cost-of-illness studies. PLoS ONE 15(1): e0227377. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227377>

¹¹ So O'Neil et al., The High Costs of Maternal Morbidity Show Why We Need Greater Investment in Maternal Health (Commonwealth Fund, Nov. 2021). <https://doi.org/10.26099/nz8s-4708>

¹² Marsh, Andrew & Muzigaba, Moise & Diaz, Theresa & Requejo, Jennifer & Jackson, Debra & Chou, Doris & Cresswell, Jenny & Guthold, Regina & Moran, Allisyn & Strong, Kathleen & Banerjee, Anshu & Soucat, Agnes & Agbèrè, Abdourahmane & Agweyu, Ambrose & Alkitkat, Huda & Amouzou, Agbessi & Arnold, Fred & Azzopardi, Peter & Ba, Mariame & Konieczna, Bozena. (2020). Effective coverage measurement in maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition: progress, future prospects, and implications for quality health systems. The Lancet Global Health. 8. 730-736. [10.1016/S2214-109X\(20\)30104-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30104-2).

Oleh karena itu, untuk percepatan pencapaian SDGs terkait KIA 2030, WHO dan pakar global merekomendasikan **10 strategi** yang perlu dipenuhi untuk negara berkembang agar bisa mencapai target 2025 dan 2030 yaitu:¹³

1. Implementasi **perencanaan dan kebijakan** untuk strategi penguatan survival ibu dan bayi serta pencegahan bayi lahir mati (*stillbirth*);
2. Implementasi **standar kualitas pelayanan KIA** yang menghormati (*respectful*) dan efektif serta mempunyai budaya belajar dalam sistem kesehatan dan pelayanan;
3. Melakukan **pemantauan dan evaluasi secara rutin terkait keadilan (*equity*) serta disparitas** akses dan kualitas pelayanan KIA terutama di daerah prioritas;
4. Menjamin **ketersediaan dan penggunaan data rutin** untuk pemantauan capaian indikator dampak, output dan kualitas layanan KIA di tingkat nasional maupun daerah;
5. **Meningkatkan pendanaan dan sumber daya lain** dari domestik maupun internasional untuk penguatan sistem kesehatan;
6. Meningkatkan **jumlah, distribusi dan kualitas tenaga kesehatan** dengan kompetensi pada kualitas pelayanan KIA;
7. Menyusun **rencana dan pedoman kesiapsiagaan** dan respon untuk pelayanan KIA dalam kondisi krisis kesehatan meliputi perencanaan pengadaan perbekalan kesehatan, pelatihan cepat tenaga kesehatan, penyesuaian alur layanan dan sistem pelaporan;
8. Memastikan **kecepatan dan ketepatan** pengadaan, distribusi yang adil, penggunaan sesuai prosedur dan perawatan alat kesehatan dan farmasi;
9. Membangun dan melaksanakan **sistem penjagaan akuntabilitas** kebijakan dan pelayanan KIA dengan **penguatan tata kelola**, koordinasi pemangku kepentingan, audit maternal dan perinatal, pemantauan anggaran dan program, serta telaah rutin kebijakan melalui penilaian teknologi kesehatan (*Health Technology Assessment*); dan
10. Memastikan terciptanya **ekosistem inovasi berbasis teknologi, penelitian dan penerjemahan *evidence*** ke dalam praktik dan kebijakan KIA.

2.2 Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia sudah menjadi prioritas kebijakan sejak 20 tahun yang lalu dalam 4 periode RPJMN, yang menargetkan kepada penurunan kematian ibu dan anak. Pada tahun 2015 kebijakan KIA mulai diarahkan kepada strategi dan intervensi yang mendorong *continuum of care* berdasarkan siklus kehidupan dan level fasilitas pelayanan kesehatan. Adapun kebijakan kunci KIA pada tiap periode RPJMN sebagai berikut:

- 1). Pada RPJMN 2004-2009, fokus kebijakan KIA mengacu kepada ***Making Pregnancy Safer (MPS)*** untuk meningkatkan kemampuan sistem kesehatan melalui penyediaan sarana prasarana dan falmakes serta pemantapan pelayanan melalui penyediaan dan pelatihan tenaga kesehatan. Selain itu, penguatan pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui

¹³. Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM): A Renewed Focus for Improving Maternal and Newborn Health and Wellbeing. UNICEF, UNFPA and WHO, 2021

pengembangan **Posyandu, Pondok bersalin desa (Polindes), dan Desa Siaga**. Pada tahun 2003, Pemerintah menetapkan **Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan** sebagai acuan pemerintah kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan dasar di bidang kesehatan termasuk di dalamnya pelayanan KIA.

- 2). Pada RPJMN 2010-2014, percepatan pencapaian MDGs terkait KIA yaitu tujuan 4 dan 5 dilakukan dengan beberapa upaya yaitu a) **penyediaan pembiayaan** melalui Jaminan Persalinan (Jampersal) dan penerapan JKN; b) Program Perencanaan Persalinan dan **Pencegahan Komplikasi (P4K)**; c) **penguatan kapasitas sistem** melalui pemenuhan fasilitas kesehatan mampu PONEC dan PONEK serta pemenuhan dan peningkatan kapasitas SDM; d) **peningkatan akses** pelayanan ANC, persalinan oleh tenaga kesehatan terampil dan pelayanan masa nifas; serta d) **penguatan tata kelola** melalui integrasi program pencegahan HIV-TB, malaria, KB dan KIA serta penguatan standar pelayanan KIA melalui Buku Saku Pelayanan KIA di FKTP dan FKRTL.
- 3). Pada RPJMN 2015-2019, pencapaian target SDGs dilakukan melalui kebijakan KIA yang difokuskan pada **peningkatan akses dan mutu *continuum of care* pelayanan ibu dan anak**. Intervensi kunci yang dilakukan yaitu a) penguatan standar pelayanan KIA melalui Revisi SPM Kesehatan; b) penyediaan pembiayaan melalui Jampersal dan JKN; c) peningkatan kapasitas sistem kesehatan melalui penguatan pelayanan kegawatdaruratan, pemenuhan dan peningkatan kualitas SDM, penyediaan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK), dan pemanfaatan *telemedicine*; c) penjangkauan pelayanan KIA di tingkat keluarga melalui PIS-PK; d) penguatan pemberdayaan masyarakat melalui pemanfaatan buku KIA, pelaksanaan kelas ibu hamil dan ibu balita, dan d) penguatan tata kelola pelayanan komunitas melalui revitalisasi posyandu dan mobilisasi pemanfaatan dana desa dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.
- 4). Pada RPJMN 2020-2024, percepatan penurunan kematian ibu ditetapkan sebagai **major project** yang merupakan penekanan kepada pemerintah pusat dan daerah untuk memprioritaskan kebijakan dan sumber daya pembangunan untuk kesehatan ibu dan anak. Selain itu, ditetapkan lokus kegiatan penurunan AKI untuk kerja sama lintas sektor di 120 kabupaten/kota pada tahun 2020, 200 kabupaten/kota pada tahun 2021, 320 kabupaten/kota pada tahun 2022, dan 514 kabupaten/kota pada tahun 2023 dan 2024. Sejak tahun 2020, penetapan lokus ini didukung dengan alokasi pembiayaan khusus untuk daerah dalam bentuk dana transfer atau Dana Alokasi Khusus (DAK) sub bidang AKI untuk penguatan kapasitas sistem kesehatan, jaminan persalinan bagi penduduk miskin, serta penguatan program di daerah.

Gambar 6. Dukungan Kebijakan untuk KIA di Indonesia 2005-2024



Sumber: Bappenas, 2022



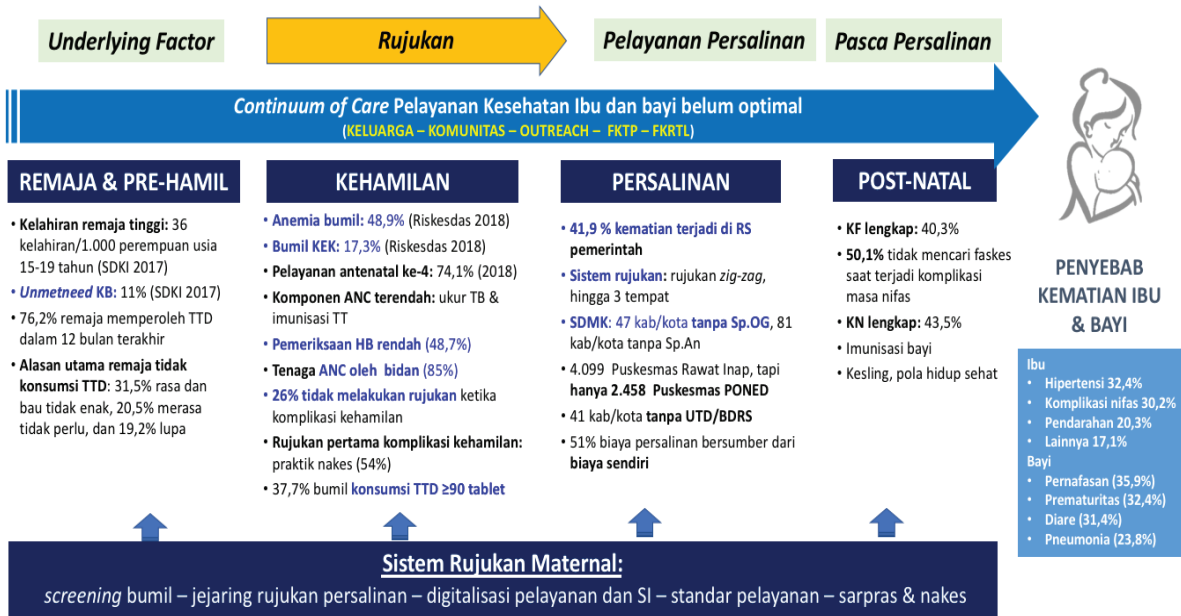
BAB 3

ANALISIS SITUASI



Pencapaian target pembangunan terkait KIA perlu kerja keras karena masih banyak permasalahan dalam menyelenggarakan *continuum of care*. Kondisi remaja dan calon ibu hamil yang tidak optimal menjadi faktor risiko kehamilan, persalinan maupun pasca persalinan. Sedangkan, kurangnya kualitas pelayanan ANC, persalinan dan pasca persalinan belum optimal menyebabkan keluaran kesehatan ibu dan anak tidak optimal. Selain itu, tantangan kapasitas sistem rujukan, akses serta kualitas pelayanan KIA menjadi faktor penting dalam penurunan kematian ibu dan anak.¹⁴

Gambar 7. Gambaran Umum Permasalahan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia



Sumber: Bappenas, 2021

3.1 Capaian Kesehatan Ibu dan Anak di Level Dampak/ Impact

Jika melihat capaian indikator dampak untuk KIA yaitu angka kematian ibu dan bayi (*infant*) masih dalam **on-track** untuk pencapaian target RPJMN tahun 2024. Dilihat dari beban penyakit (*disease burden*) yang diukur dengan *Disability Life Years (DALYs) Loss*, telah terjadi transisi epidemiologi dalam tiga dekade terakhir; penyakit menular/KIA/gizi telah menurun dari 51,6% pada tahun 1990 menjadi 20,8% pada tahun 2019.¹⁵ Namun dengan mempertimbangkan disrupsi pelayanan KIA selama masa pandemi, **pakar global memprediksikan penurunan cakupan pelayanan KIA dapat meningkatkan jumlah kematian ibu, neonatal, bayi dan balita.**¹⁶ Oleh karena itu, **masih perlu kerja keras untuk mencapai target SDGs 2030 dalam bidang kesehatan ibu dan anak.**

¹⁴. Bappenas. 2021. Buku Putih Major Project Percepatan Penurunan Kematian Ibu di Indonesia

¹⁵. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2019. Global Burden of Disease Profile Indonesia.

¹⁶. Robertson T, Carter ED, Chou VB, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health* 2020;8:e901–8. doi:10.1016/S2214-109X(20)30229-1 PMID: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32405459

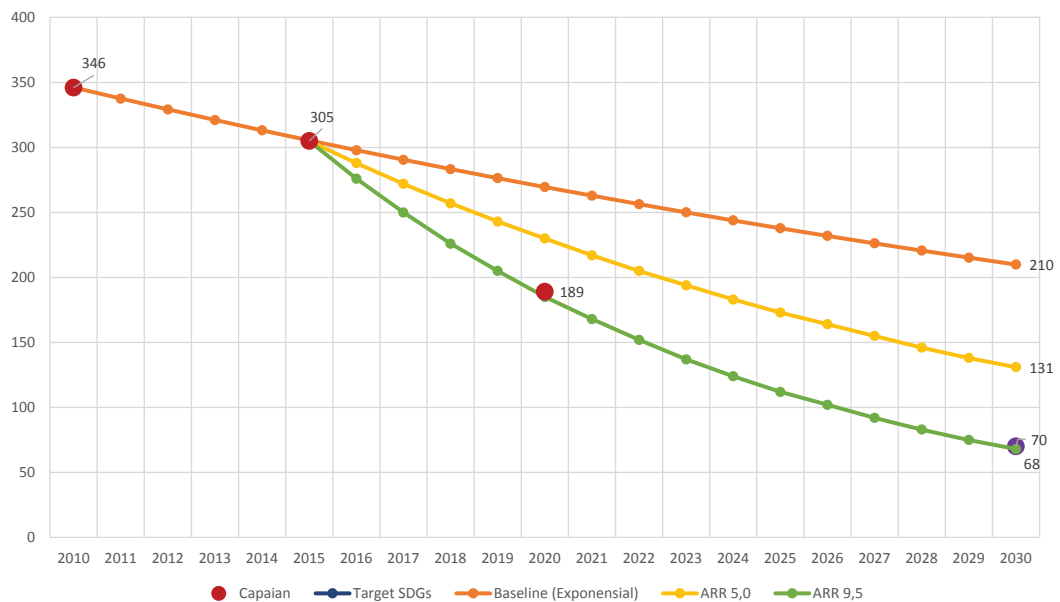
Tabel 1. Capaian dan Target di Level Dampak untuk KIA

Indikator	Capaian awal	Capaian Saat ini	Target RPJMN 2024	Status RPJMN 2024	Target Global 2030
Angka Kematian Ibu	346 per 100.000 KH (SP, 2010)	189 per 100.000 KH (LF SP, 2020)	183 per 100.000 KH	<i>On Track</i>	70 per 100.000 KH
Angka Kematian Neonatal	19 per 1000 KH (SDKI, 2012)	9,3 per 1000 KH (LF SP, 2020)	10 per 1000 KH	<i>On Track</i>	12 per 1000 KH
Angka Kematian bayi (<i>infant</i>)	32 per 1000 KH (SDKI, 2012)	16,8 per 1000 KH (LF SP, 2020)	16 per 1000 KH	<i>On Track</i>	N/A*
Angka Kematian Balita	40 per 1000 KH (SDKI, 2012)	19,8 per 1000 KH (LF SP, 2020)	N/A*	<i>On Track</i>	25 per 1000 KH

Catatan: *= Tidak tercantum sebagai target dalam dokumen perencanaan

3.1.1 Kondisi Kematian Ibu

Berdasarkan hasil Longform Sensus 2020, Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu 189 per 100.000 kelahiran hidup dan diperkirakan *on track* mencapai target RPJMN tahun 2024. Belum ada data terbaru yang bisa menyajikan data AKI yang reliabel. Namun, masih perlu ARR 9,5% per tahun untuk mencapai target angka kematian ibu tahun 2030.

Gambar 8. Proyeksi Penurunan Tahunan (*Annual Rate Reduction*) AKI

Sumber: Bappenas, 2021

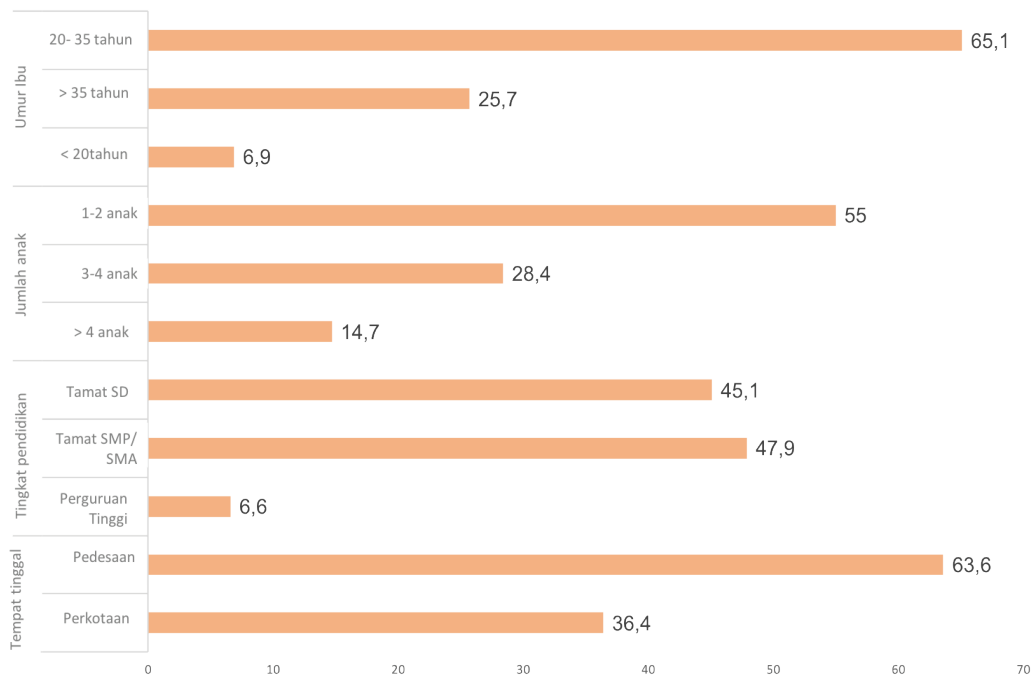
Ketimpangan masih terjadi baik secara geografis dan status sosial ekonomi pada capaian dampak KIA. Hanya dua wilayah dengan capaian AKI di bawah angka nasional, yaitu Jawa-Bali dan Sulawesi sehingga membutuhkan ARR yang lebih rendah dari pulau lainnya. Selain itu, berdasarkan karakteristik

proporsi kematian ibu pada umur di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun serta memiliki anak di atas 4 masih tinggi. Disparitas sosial ekonomi pun masih terjadi dengan lebih tingginya proporsi kematian ibu dengan pendidikan tamat sekolah dasar dan tinggal di daerah pedesaan.

Tabel 2. Angka Kematian Ibu Berdasarkan Pulau (SUPAS, 2015)

No	Pulau	AKI (per 100.000 KH)	ARR mencapai RPJMN 2024
1	Nusa Tenggara, Maluku, Papua	489	7
2	Kalimantan	466	7
3	Sumatera	344	5
4	Sulawesi	282	4
5	Jawa-Bali	247	3
6	Indonesia	305	5,5

Gambar 9. Proporsi Kematian Ibu Berdasarkan Karakteristik Sosial¹⁷



(Sumber: Balitbangkes dan UNFPA, 2012)

Penyebab utama kematian ibu **dapat dicegah dan polanya serupa** sejak 10 tahun yang lalu yaitu Hipertensi dalam kehamilan (HDK) dan perdarahan masih menjadi penyebab utama sejak dulu hingga sekarang, sedangkan komplikasi non obstetri menunjukkan peningkatan pada tahun 2018 (Tabel 3). Menurut waktunya, kematian ibu terbanyak adalah pada masa nifas yaitu 40% (SRS, 2018). **Faktor risiko utama kejadian HDK** adalah *overweight* dan riwayat hipertensi kronis sebelum kehamilan.^{18,19}

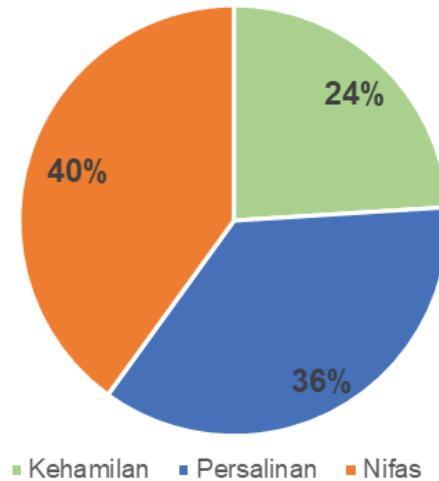
¹⁷Tejayanti T, Sabatini K, Affah T, Hapsari D, Pambudi I, Usman Y, et al. Disparitas akses dan kualitas: Kajian determinan kematian maternal di lima region Indonesia. Jakarta; 2012.

¹⁸Sari, N. K., Rahayujati, T. B., Hakimi, M. (2018). Kasus Hipertensi pada Kehamilan di Indonesia. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 32(9), 295. <https://doi.org/10.22146/bkm>

¹⁹Pfaller, B., Siu, S. C., D'Souza, R., Wichert-Schmitt, B., Kumar Nair, G. K., Haberer, K., Maxwell, C.,; Silversides, C. K. (2021). Impact of Obesity on Outcomes of Pregnancy in Women With Heart Disease. 1317–1326. <https://doi.org/10.1016/J.JACC.2021.01.010>

Sedangkan **faktor risiko kejadian perdarahan pada ibu** adalah anemia kehamilan, kurang energi kronis, jumlah persalinan/paritas > 3, serta umur ibu hamil < 20 tahun dan > 35 tahun.²⁰ Hal ini mengindikasikan perlunya strategi komprehensif untuk **mengatasi komplikasi obstetri dan non obstetri sekaligus** di fasilitas pelayanan kesehatan dan penguatan integrasi **pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM), gizi, dan KIA** di fasilitas pelayanan primer.

Gambar 10. Proporsi Kematian Ibu Berdasarkan Waktu Kematian

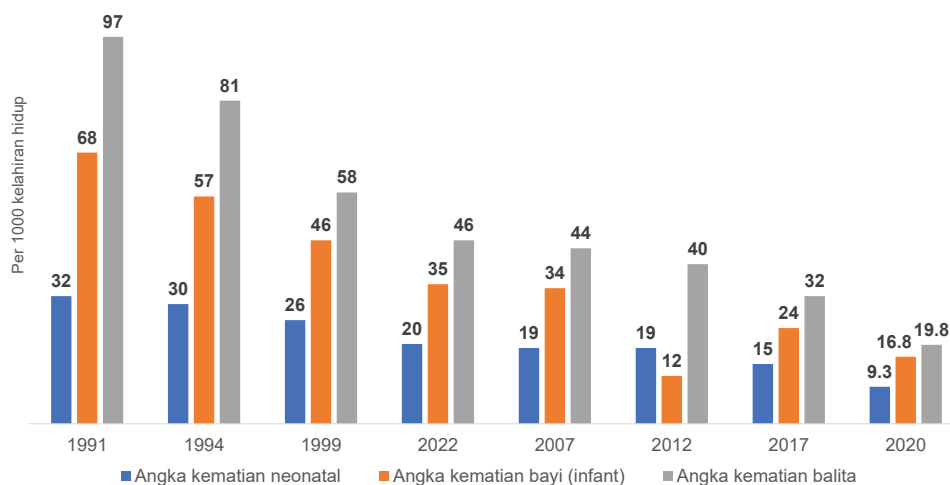


Sumber: SRS, 2018

3.1.2 Kondisi Kematian Neonatal, Bayi dan Balita

Tren penurunan kematian neonatal, balita dan bayi dari 1991 hingga 2020 cukup signifikan, tetapi sejak 2007 hingga 2017 cenderung melambat. Data kematian neonatal, bayi dan balita setelah penetapan RPJMN 2020-2024 belum tersedia sehingga belum dapat melihat capaian terbaru. Disparitas juga perlu menjadi perhatian karena angka kematian neonatal, bayi dan balita lebih tinggi di daerah pedesaan, ibu dengan tingkat pendidikan rendah dan keluarga miskin.

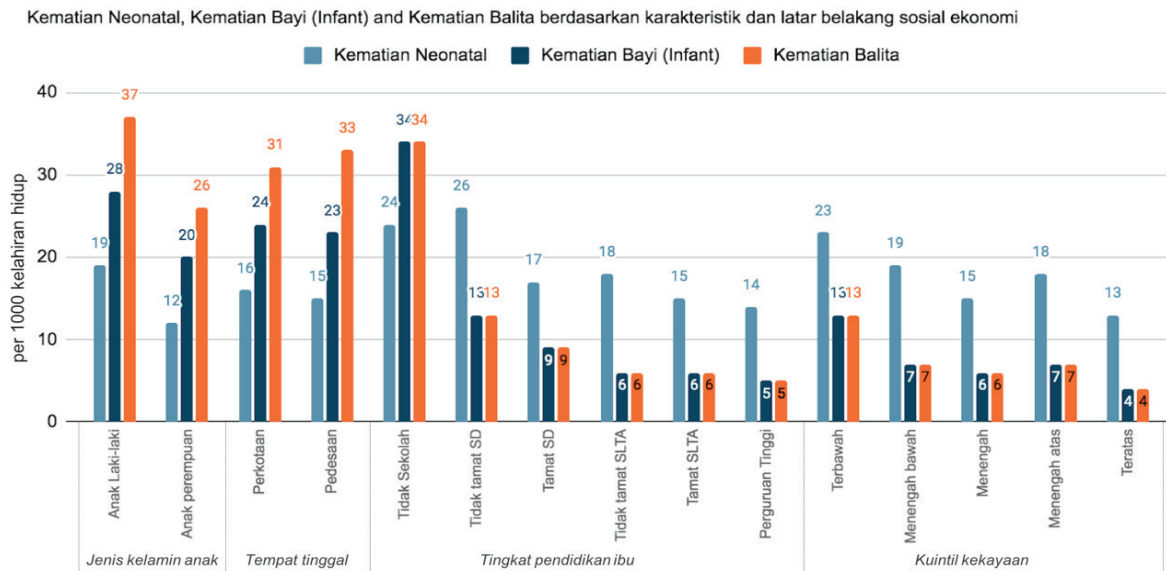
Gambar 11. Tren Angka Kematian Neonatal, Bayi dan Balita 1991-2020



Sumber: SDKI 1991-2017; (LF SP, 2020)

²⁰ Nur, R., Sarina, H. S., Patui, N. S., Radhiah, S., Suwendro, N. I., Ariani, & Salmawati, L. (2021). Postpartum hemorrhage in maternal mothers at Anutapura Public Hospital in Palu. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2021.10.014>

Gambar 12. Angka Kematian Neonatal, Bayi (*Infant*) dan Balita Berdasarkan Karakteristik dan Status Sosial Ekonomi



Sumber: SDKI, 2017

Kematian neonatal paling banyak terjadi di Rumah Sakit (68%) dan berkontribusi sebanyak 62,8% dari total kematian balita. Penyebab utama kematian neonatal terbanyak adalah komplikasi kejadian persalinan (27,7%), gangguan pernafasan dan kardiovaskuler (22,3%), BBLR dan prematur (20,8%), kelainan kongenital (12,9%), dan infeksi (8,7%)²¹. Kemudian berdasarkan waktunya, 85,71% kematian neonatal terjadi di 24 jam pertama. **Hal ini mengindikasikan bahwa penjaminan keselamatan ibu dan neonatal pada 24 jam pertama dan 7 hari pertama persalinan dan nifas perlu dilakukan untuk mencegah sekaligus kematian ibu dan neonatal.** Penyebab kematian utama pada bayi (1-11 bulan) dan balita (12-59 bulan) **sama sejak 15 tahun yang lalu** yaitu penyakit karena infeksi (pneumonia, diare, meningitis) dan kelainan kongenital. **Determinan yang menyebabkan kematian pada balita** adalah perilaku pencegahan penyakit menular dan status kesehatan ibu rendah, sanitasi dan lingkungan buruk, malnutrisi, praktik budaya, akses pelayanan kesehatan terbatas dan kebijakan yang kurang efektif (pembiayaan dan regulasi pelayanan).²²

²¹. Kementerian Kesehatan. 2018. Sistem Registrasi Sampel 2018

²². Iskandar Aziz, Lutfi Agus Salim (2020). Decreasing and Determining Child Mortality in Indonesia" Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology, 14 (4):2982-2987

Tabel 3. Penyebab Tertinggi Kematian Ibu, Neonatal, Bayi dan Balita

Penyebab tertinggi kematian Ibu	Penyebab tertinggi kematian Neonatal	Penyebab tertinggi kematian Bayi	Penyebab tertinggi kematian Balita
Studi Tindak Lanjut Survei Penduduk (2010) <ul style="list-style-type: none"> Hipertensi dalam Kehamilan (32,4%) Perdarahan (23,6%) Infeksi (12,4%) 	Riskesdas (2007) <ul style="list-style-type: none"> Gangguan / Kelainan Pernapasan (35,9%) Prematuritas (32,4%) Sepsis/Infeksi (12%) 	Riskesdas (2007) <ul style="list-style-type: none"> Diare (31,4%) Pneumonia (23,8%) Meningitis/ ensefalitis (9,3%) 	Riskesdas (2007): <ul style="list-style-type: none"> Diare (25,2%) Pneumonia (15,5%) Necroticans Enterocolitis (NEC) (10,7%)
SRS, 2018 <ul style="list-style-type: none"> Hipertensi dalam Kehamilan (31,9%) Perdarahan (26,9%) Komplikasi non obstetri (18,5%) 	SRS, 2018 <ul style="list-style-type: none"> Komplikasi kejadian persalinan (27,7%) Gangguan pernafasan dan kardiovaskuler (22,3%) BBLR dan prematur (20,8%) Kelainan kongenital (12,9%) 	SRS, 2018 <ul style="list-style-type: none"> Gangguan yang terjadi pada masa perinatal (49,8%) Kelainan kongenital dan genetik (14,2%), Pneumonia (9,2%), Diare dan infeksi gastrointestinal (7%), 	SRS 2018: <ul style="list-style-type: none"> Pneumonia (36%) Penyakit bawaan/kongenital (13%) Diare (10%)
AMPSR Kemkes 2021: <ul style="list-style-type: none"> COVID-19 (40,36%) Perdarahan (23,86%) Hipertensi (14,58%) 	AMPSR Kemkes 2021: <ul style="list-style-type: none"> BBLR/Prematur (27,6%) Asfiksia (22,19%) Kelainan Kongenital (12,36%) 	Profil Kesehatan 2021: <ul style="list-style-type: none"> Pneumonia (14,4%) Diare (14%) Kelainan kongenital (10,6%) 	Profil Kesehatan 2021: <ul style="list-style-type: none"> Diare (10,3%) Pneumonia (9,4%) Kelainan kongenital (5,8%).

3.2 Luaran Kesehatan Ibu dan Anak berdasarkan Siklus Kehidupan

Pencapaian target KIA dalam RPJMN 2020-2024 sebagian besar diperkirakan *on-track*, tetapi perlu kerja keras dan sulit tercapai untuk target imunisasi balita dan Keluarga Berencana (KB). Selain itu, masih terdapat kesenjangan pada pencapaian keluaran KIA karena belum optimalnya akses dan kualitas pelayanan KIA.

Tabel 4. Target dan Capaian *Outcome* dan Output KIA dalam RPJMN 2020-2024

No.	Indikator	Baseline	Target 2020	Capaian 2020	Target 2021	Capaian 2021	Target 2024	Ket.
1	Angka prevalensi kontrasepsi modern (%)	57,2 (2017)	61,8	57,90	62,2	57,00	63,4	Perlu kerja keras
2	Persentase kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (%)	10,6 (2017)	8,6	13,40	8,3	18,00	7,4	Sulit tercapai
3	Angka kelahiran remaja umur 15-19 tahun	36 (2017)	25,0	31,90	24,0	20,50	18	On-track
4	Persentase imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan (%)	57,9 (2018)	64	70,00	68	65,8	90	Perlu kerja keras
5	Persentase peserta KB aktif Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) (%)	13,40 (2017)	20,11	12,21	25,93	11,93	28,39	Sulit tercapai
6	Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan	85,9 (2019)	87	87,90	89	88,91	95	On-track
7	Cakupan kunjungan antenatal (%)	88,54 (2019)	80	84,6	85	88,13	95	On-track
8	Cakupan kunjungan neonatal (%)	94,88 (2019)	86	82,0	88	94,47	95	On-track
9	Jumlah kab/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan	378 (2019)	401	168	431	245	488	Perlu kerja keras

Sumber: Bappenas, 2022

3.2.1 Luaran Kesehatan Pra Kehamilan

Permasalahan utama kesehatan pra kehamilan adalah malnutrisi, perilaku reproduksi berisiko, penggunaan kontrasepsi rendah dan risiko terhadap Penyakit Tidak Menular (PTM). Oleh karena itu, **skrining dan manajemen risiko** malnutrisi, PTM dan kesehatan reproduksi perlu dilakukan secara komprehensif dan rutin di fasilitas pelayanan kesehatan.

a. Luaran Kesehatan Remaja (10 - 19 Tahun)

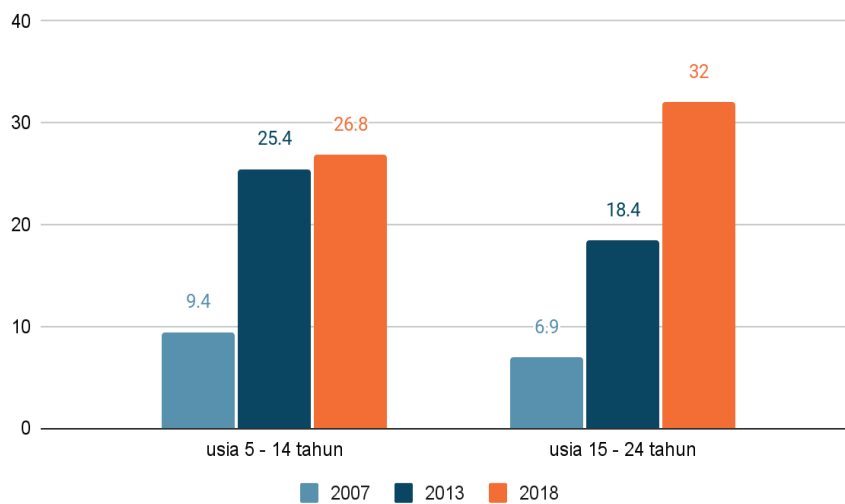
Permasalahan utama kesehatan remaja adalah **malnutrisi, masalah kesehatan reproduksi dan mental** dalam 5 tahun terakhir. Sementara akses pelayanan kesehatan remaja masih terbatas karena masih terdapat 13 juta anak yang belum terdaftar di SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) pada tahun 2020²³. Prevalensi **anemia pada remaja putri** dari 37,1% pada tahun 2013 menjadi 48,9% pada tahun 2018. Selain itu, 25,7% remaja usia 13-15 tahun dan 26,9% remaja usia 16-18 tahun dengan status gizi **pendek dan sangat pendek** serta prevalensi berat badan lebih dan **obesitas** sebesar 16,0% pada remaja usia 13-15 tahun dan 13,5% pada remaja usia 16-18 tahun.²⁴

²³. Indonesia's Voluntary National Review 2021

²⁴. Riset Kesehatan Dasar 2018

Faktor perilaku yang menyebabkan malnutrisi pada remaja adalah **praktik makan dan aktivitas fisik yang kurang tepat** yaitu 44,6% remaja di Indonesia tidak pernah atau jarang sarapan, 41,0% usia 15-19 tahun selalu mengonsumsi makanan manis, dan 31,4% remaja usia 10-14 tahun selalu mengonsumsi makanan asin.²⁵ Selain itu, kepatuhan minum tablet tambah darah sebagai intervensi utama pencegahan anemia rendah yaitu 1,4% remaja putri minum TTD ≥ 52 butir yang didapatkan dari sekolah dan 1,8% remaja putri minum TTD ≥ 52 butir yang didapatkan dari fasilitas kesehatan. Alasan utama tidak minum TTD pada remaja putri yaitu merasa tidak perlu (26,1%); rasa dan bau tidak enak (22,9%)²⁶

Gambar 13. Prevalensi Anemia pada Remaja 2007 – 2018



Sumber: Riskesdas 2007-2018

Kondisi kesehatan reproduksi remaja pun masih menjadi tantangan di mana capaian ASFR 15-19 tahun pada tahun 2017 sebesar 36 per 1000 kelahiran sedangkan target RPJMN tahun 2024 adalah 18 per 1000 kelahiran. Badan Pusat Statistik (BPS) 2019²⁷ mencatat 1.220.900 anak di Indonesia mengalami perkawinan usia anak dan proporsi wanita usia ≤ 18 tahun yang menikah, hamil dan melahirkan terbanyak ada di Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, Sulawesi Selatan dan Papua yang memiliki jumlah dan proporsi kematian ibu tertinggi.²⁸ Faktor yang mempengaruhi perkawinan usia dini yaitu faktor sosial (28,5%), kesehatan reproduksi (16,5%), pola asuh keluarga (14,5%), ekonomi (11,9%), teknologi informasi (11,1%), persepsi budaya (10,1%), pendidikan (5,6%), persepsi agama (1,4%), dan hukum (0,4%).²⁹

Perilaku seksual berisiko remaja perlu menjadi perhatian karena 74% remaja pria dan 59% remaja wanita pertama kali melakukan hubungan seksual pada umur 15-19 tahun sedangkan hanya 27% pria menggunakan kondom saat hubungan seksual pertama. Kemudian, **kehamilan tidak diinginkan** dilaporkan oleh wanita kelompok umur 15-19 dua kali lebih besar (16%) dibandingkan kelompok umur 20-24 (8%).³⁰ Berhubungan seksual pada usia remaja perlu menjadi perhatian karena organ reproduksi masih dalam tahap pertumbuhan sehingga belum berkembang secara sempurna yang rentan luka

²⁵ Survei Nasional Kesehatan Berbasis Sekolah tahun 2015

²⁶ Riset Kesehatan Dasar 2018

²⁷ Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2019

²⁸ Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2019 yang diolah oleh TP2AK, Setwapres; MPDN, 2021

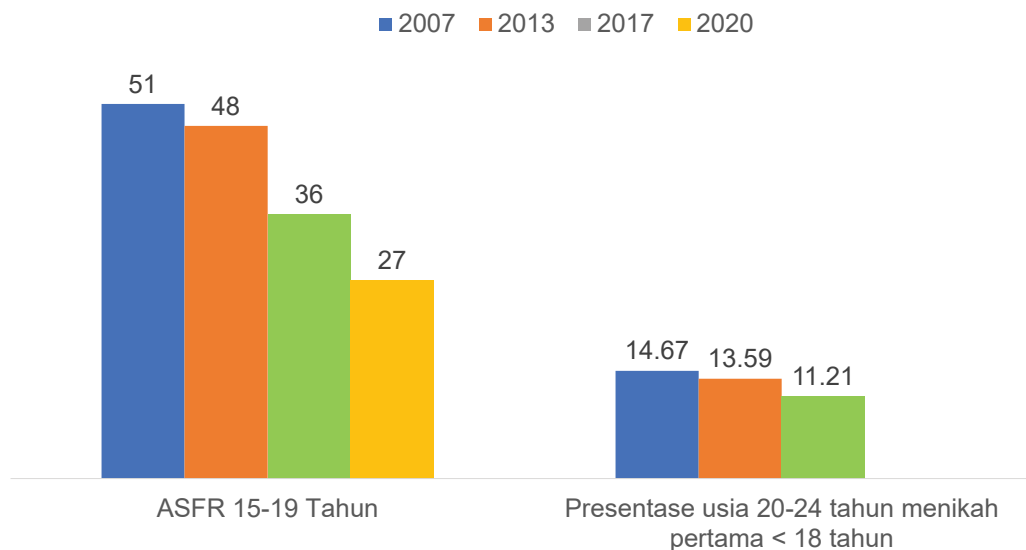
²⁹ Yayasan Plan International Indonesia; Koalisi Perempuan Indonesia. 2021. Studi Perkawinan Bukan untuk Anak: Potret Perkawinan Anak di 7 Daerah Pasca Perubahan UU Perkawinan

³⁰ BKKBN. Laporan Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017

dan mengalami infeksi. Selain itu, **hubungan seksual pada umur dini juga meningkatkan risiko kehamilan tidak diinginkan dan konsekuensi sosial lainnya.**³¹

Kesehatan mental, perilaku berisiko dan literasi kesehatan mempengaruhi status kesehatan reproduksi pada remaja.³² Permasalahan yang multidimensi pada kesehatan remaja **memerlukan kebijakan yang terintegrasi antara sektor pendidikan dan kesehatan** dalam upaya peningkatan kesehatan pada remaja sehingga kedepannya menjadi aktor-aktor pembangunan bangsa yang memiliki kapasitas dan daya saing yang lebih baik.

Gambar 14. ASFR (15-19) dan Persentase Pernikahan < 18 Tahun



Sumber: Sumber: SDKI, SUSENAS 2007-2017, dan LF SP 2020

b. Luaran Kesehatan Usia Subur (15 - 49 Tahun)

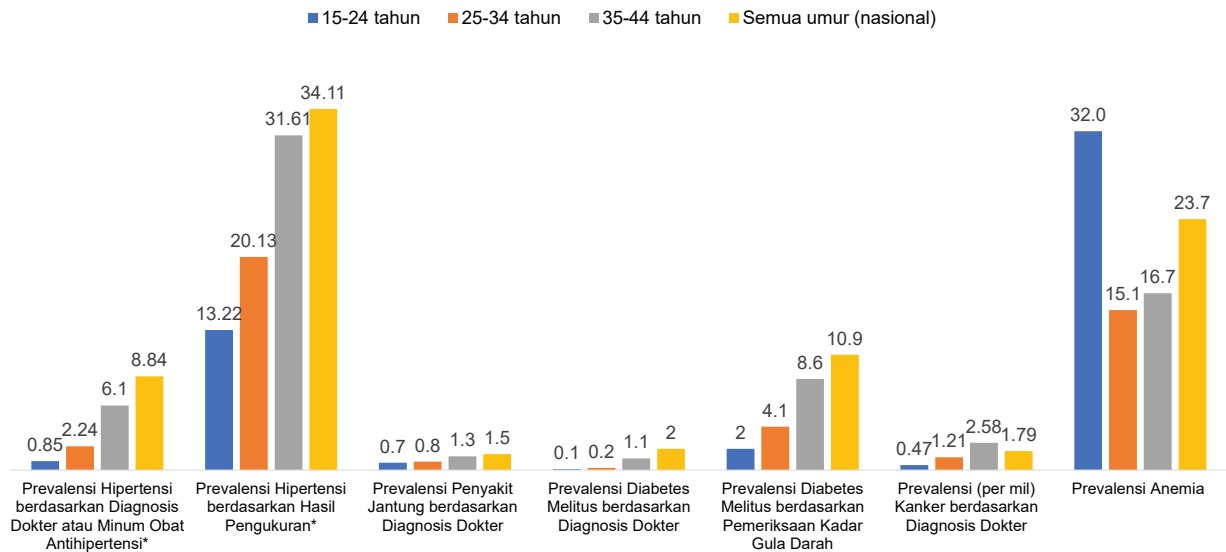
Masih terdapat perempuan di Indonesia yang **tidak memiliki kondisi optimal untuk hamil karena malnutrisi dan risiko PTM** yang merupakan risiko komplikasi kehamilan tersering yaitu Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) dan perdarahan. Masih terdapat 23,9% WUS dengan anemia, 21,3% dengan hipertensi, 14,5% dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK), dan 29,3% dengan obesitas. Sementara **kepatuhan masih rendah untuk melakukan pemeriksaan dan pengobatan rutin** pada pasien dengan Penyakit Tidak Menular (PTM) yaitu 54,40% rutin minum obat hipertensi, 12,0% rutin mengukur tekanan darah, dan 1,8% rutin pemeriksaan kadar gula darah. Penyebab utama rendahnya kepatuhan adalah **kesadaran untuk pencegahan kurang** karena merasa sudah sehat pada 50,40% penderita diabetes dan 59,8% penderita hipertensi yang tidak rutin minum obat.³³

³¹. Rushwan, H. (2015). Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.006>

³². Yin Xu, Sam Norton & Qazi Rahman (2022) Adolescent Sexual Behavior Patterns, Mental Health, and Early Life Adversities in a British Birth Cohort, *The Journal of Sex Research*, 59:1, 1-12, DOI: 10.1080/00224499.2021.1959509

³³. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018

Gambar 15. Prevalensi Penyakit Tidak Menular dan Anemia Sebagai Faktor Risiko Utama Kehamilan Pada Usia Subur



* = Prevalensi hipertensi rentang pertama adalah 18-24 tahun bukan 15-24 tahun (diagram batang berwarna biru)

Sumber: Riskesdas 2018

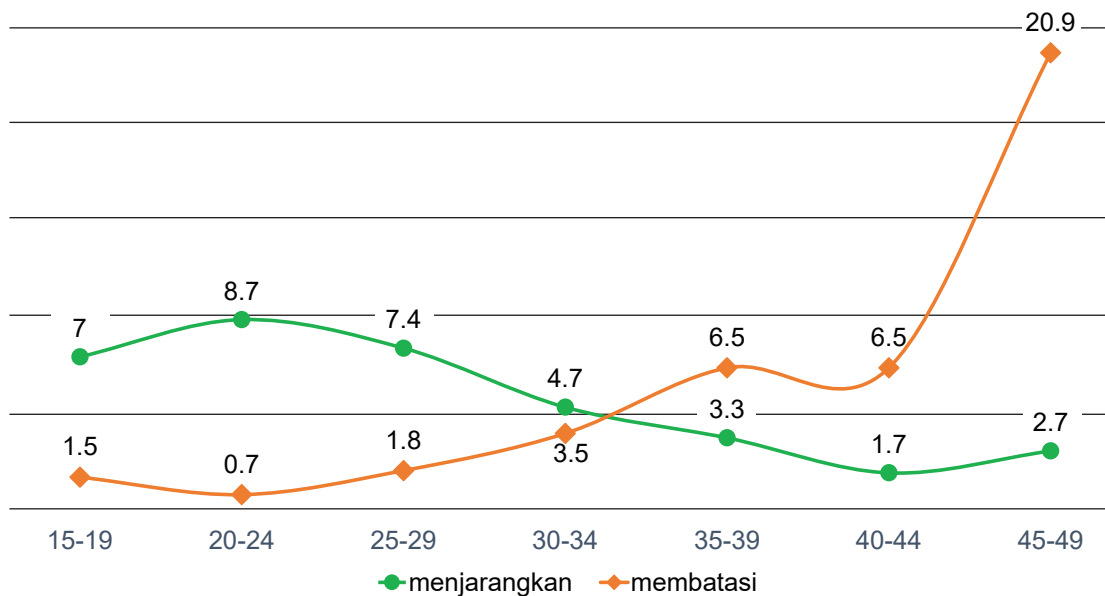
Unmet need pelayanan KB cenderung meningkat dari 13,2% tahun 2002³⁴ menjadi 18% pada tahun 2021.³⁵ Capaian tersebut masih jauh dari target RPJMN di 2024 yaitu 7,40%. Hal ini mengindikasikan bahwa **akses dan kualitas pelayanan KB belum optimal di fasilitas pelayanan kesehatan**. Hal penting yang perlu menjadi perhatian adalah pada tahun 2017 proporsi **unmet need** pada perempuan kawin yang ingin **membatasi jumlah anak** (6,5%) lebih tinggi dari yang ingin menjarangkan kehamilan (4,1%). Selain itu, **unmet need** pada kelompok **usia 45-49 tahun yang ingin membatasi jumlah anak sangat tinggi**.

Oleh karena itu, **deteksi dini PTM dan nutrisi serta perencanaan penggunaan kontrasepsi pada usia produktif, khususnya calon pengantin menjadi penting** untuk menyiapkan calon pasangan dan mengurangi risiko ibu hamil sejak dini. Deteksi dan penanganan lebih dini sebelum kehamilan **lebih cost effective** dalam menurunkan komplikasi kehamilan, kematian ibu dan bayi dan penurunan belanja kesehatan karena peningkatan dampak program PTM, gizi dan KIA.³⁶

³⁴ BKKBN. Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002

³⁵ BKKBN. Laporan Pendataan Keluarga 2021

³⁶ Phipps MG, Son S, Zahn C, et al. Women's Preventive Services Initiative's Well-Woman Chart: A Summary of Preventive Health Recommendations for Women. *Obstet Gynecol.* 2019;134(3):465-469. doi:10.1097/AOG.0000000000003368

Gambar 16. Unmet Need Berdasarkan Kelompok Usia dan Tujuan Menggunakan KB

Sumber: SDKI, 2017

3.2.2 Luaran Kesehatan Masa Kehamilan

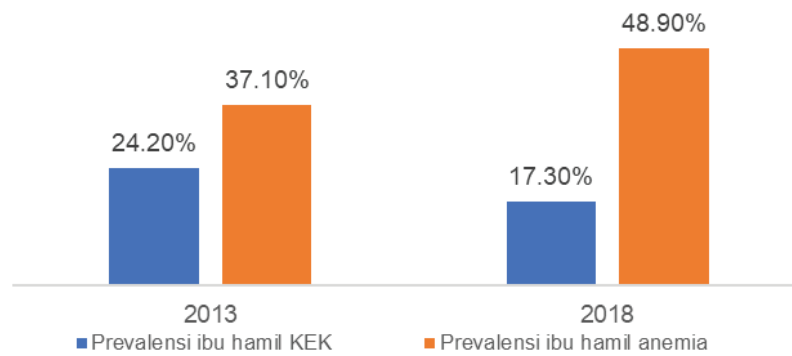
Berdasarkan Permenkes No. 4 Tahun 2019 dan Permenkes No. 21 Tahun 2021, Pelayanan Kesehatan Masa Hamil bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan yang **berkualitas** sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas.

Permasalahan utama kesehatan ibu hamil adalah malnutrisi, Penyakit Tidak Menular (PTM) dan penyakit menular, serta 4 Terlalu karena risiko dan komplikasi yang tidak dikelola dengan optimal. Oleh karena itu, **kualitas antenatal care dan perencanaan persalinan** perlu didorong pada ibu hamil di fasilitas pelayanan kesehatan primer sebagai pencegahan kondisi kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan.

Beban ganda gizi ibu hamil masih terjadi karena **meningkatnya prevalensi KEK dan anemia** dari tahun 2013 ke 2018. Namun, ibu hamil yang mengonsumsi TTD (minimal 90 tablet) hanya 37,7% dan menghabiskan PMT yang diberikan adalah 66%. Alasan utama tidak mengonsumsi TTD karena tidak suka (21,2%), bosan (20,1%), dan lupa (20%). Alasan tidak menghabiskan PMT yang diberikan karena rasa tidak enak (23,7%), dimakan ART lain (18,4%) dan terlalu manis (14,1%). Sedangkan, **anemia dan KEK merupakan faktor risiko untuk terjadinya perdarahan pada persalinan dan kejadian BBLR.**³⁷

³⁷. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018.

Gambar 17. Status Gizi Ibu Hamil



Sumber: Riskesdas 2013, Riskesdas 2018 dan SSGI, 2021

Kejadian **Penyakit Tidak Menular (PTM) yang merupakan faktor risiko penyebab kematian tertinggi pada ibu hamil mulai meningkat**. Prevalensi diabetes pada ibu hamil meningkat signifikan dari 1,1% tahun 2013 menjadi 4,4% pada tahun 2018. Kejadian infeksi pada ibu hamil sangat berpengaruh kepada keselamatan kehamilan dan persalinan, tetapi belum tersedia data di tingkat nasional mengenai prevalensi penyakit infeksi dan menular pada ibu hamil. Estimasi insidensi penyakit infeksi dan menular pada ibu hamil tahun 2019 cukup tinggi (Tabel 5). Di daerah endemis malaria, 53,7% ibu hamil dengan malaria menunjukkan gejala berbahaya dan 14,6% mengalami syok/infeksi berat dan 17,1% mengalami persalinan prematur (pre-term)³⁸.

Tabel 5. Estimasi Insidensi Penyakit Penyerta Ibu Hamil 2019³⁹

Ranking	Penyakit Penyerta	Insidensi kasus per 100.000 ibu hamil pada tahun 2019 (95% CI)
1	Infeksi Menular Seksual (<i>exclude</i> HIV/AIDS)	13.601 (13.194 – 14.008)
2	Defisiensi Vitamin A	4.533 (4.221 – 4.845)
3	Infeksi saluran pernafasan bawah	2.958 (2.849 – 3.067)
4	Depresi	2.422 (2.331 – 2.512)
5	Hepatitis akut	2.159 (2.065 – 2.254)
6	Malaria	947 (898-996)
7	Gangguan kecemasan	787 (744 – 829)
8	Diabetes Melitus	220 (205-235)
9	Stroke	86 (74-98)
10	Tuberculosis	71 (52-90)

Sumber: Ryan, et.al, 2021

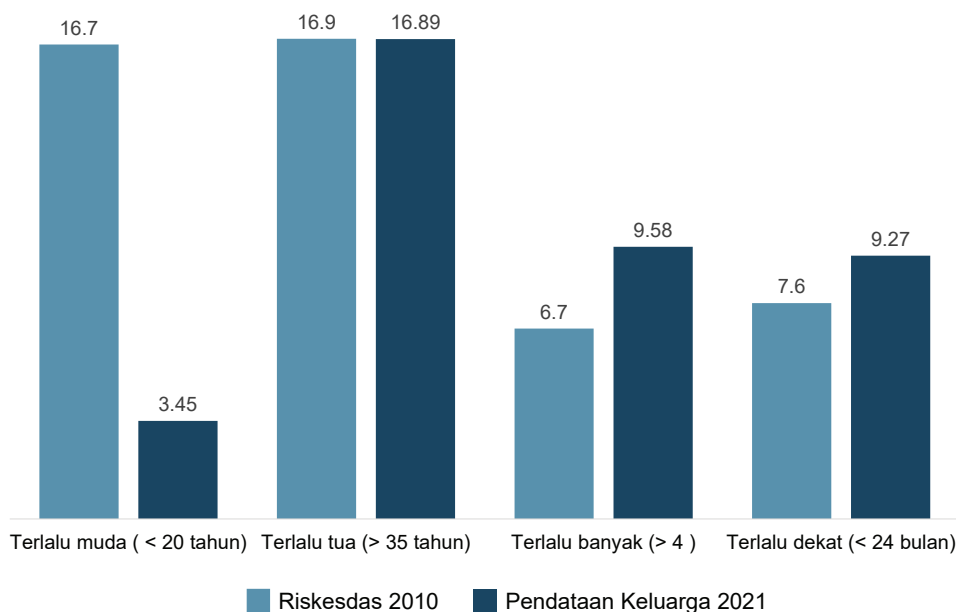
Berdasarkan hasil Riskesdas 2010 dan Pendataan Keluarga 2021 mengenai Ibu hamil dengan risiko **“empat terlalu”**, terdapat **penurunan signifikan pada kriteria terlalu muda** yaitu dari 16,7% tahun 2010 menjadi 3,45% pada tahun 2021. Namun terdapat kenaikan pada kategori terlalu banyak dari 6,7% tahun 2010 menjadi 9,58% pada tahun 2021 serta kategori terlalu dekat dari 7,6% (2010) menjadi 9,27% (2021). Untuk kategori hamil terlalu tua cenderung tetap dari 16,9% (2010) menjadi 16,89% (2021). Hal ini mencerminkan **masih terdapat ibu hamil yang sudah memiliki risiko dengan**

³⁸ Mulyana, Ryan Saktika et al. “Maternal and Neonatal Outcomes during Dengue Infection Outbreak at a Tertiary National Hospital in the Endemic Area of Indonesia.” Korean Journal of Family Medicine 41 (2020): 161 - 166.

³⁹ Ryan, Lareesa & Mahmood, Dr & Laurence, Prof. (2021). Incidence of concomitant illnesses in pregnancy in Indonesia: Estimates from 1990–2019, with projections to 2030. The Lancet Regional Health - Western Pacific. 10. 100139. 10.1016/j.lanwpc.2021.100139.

status penyakit yang diderita. Proporsi ibu hamil yang mengalami komplikasi kehamilan sebanyak 28% dengan jenis gangguan paling sering adalah muntah terus menerus (20%), hipertensi (3,3%), kaki bengkak disertai kejang (2,7%) dan perdarahan (2,6%).⁴⁰

Gambar 18. Persentase Ibu hamil dengan Risiko “Empat Terlalu”



Sumber: Riskesdas, 2010; Pendataan Keluarga 2021

3.2.3 Luaran Kesehatan Masa Persalinan dan 24 Jam Pasca Salin

Terdapat **36%** kematian ibu terjadi pada fase persalinan dan **48,9%** dari total kematian nifas terjadi pada 24 jam pertama pasca persalinan.⁴¹ Penyebab kematian paling sering adalah **distosia/ persalinan macet, perdarahan saat persalinan, perdarahan pasca persalinan dan preeklampsia pasca persalinan.**^{42,43} Selain itu, penelitian di Banten dan D.I Yogyakarta melaporkan **kejadian near-miss (komplikasi persalinan berat yang nyaris meninggal)** banyak terjadi pada ibu dengan eklampsia dan preeklampsia. Mayoritas (77,3%) mengalami satu disfungsi organ, 16% mengalami 2 disfungsi organ, 4,6% mengalami 3 disfungsi, dan 2,0% mengalami 4 macam disfungsi organ.^{44,45}

Dari keseluruhan kematian neonatal, **34% kematian terjadi pada waktu < 24 jam** karena prematur/ BBL (84%), dan asfiksia (13%). Angka kematian perinatal di Indonesia adalah 21 per 1000 kelahiran hidup yang menggambarkan **kematian janin** dalam kehamilan yang berlangsung tujuh bulan (trimester III) hingga **kematian bayi pada minggu pertama.**⁴⁶ *Stillbirth* (bayi lahir mati) merupakan indikator capaian yang direkomendasikan oleh WHO karena menggambarkan kualitas pelayanan saat kehamilan dan persalinan, tetapi masih belum menjadi indikator kebijakan KIA karena tingkat kesulitan yang tinggi

⁴⁰. Kementerian Kesehatan. 2018. Riset Kesehatan Dasar 2018

⁴¹. Sampling Registration System (SRS), 2018; Dol, Justine; Hughes, Briann; Bonet, Mercedes; Dorey, Rachel; Dorling, Jon; Grant, Amy; Langlois, Etienne V.7; Monaghan, Joelle8; Ollivier, Rachel3; Parker, Robin9; Roos, Nathalie10; Scott, Heather11; Shin, Hwayeon Danielle2,3; Curran, Janet2,3. Timing of maternal mortality and severe morbidity during the postpartum period: a systematic review. JBI Evidence Synthesis: August 02, 2022 -10.11124/JBIES-20-0057

⁴². Anggondowati, T., El-Mohandes, A. A. E., Qomariyah, S. N., Kiely, M., Ryon, J. J., Gipson, R. F., Zinner, B., Achadi, A., & Wright, L. L. (2017). Maternal characteristics and obstetrical complications impact neonatal outcomes in Indonesia: A prospective study. BMC Pregnancy and Childbirth, 17(1), [100]. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1280-1>

⁴³. Tim Kerja Kesehatan Maternal Neonatal Kementerian Kesehatan. 2022. Hasil Telaahan Kematian Maternal Perinatal di 5 Provinsi Tahun 2021

⁴⁴. Mawarti, Y., Utarini, A. & Hakimi, M. Maternal care quality in near miss and maternal mortality in an academic public tertiary hospital in Yogyakarta, Indonesia: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 17, 149 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1326-4>

⁴⁵. Adisasmita, A. C., & Anggondowati, T. (2017). Characteristics of Obstetric Near-miss Cases in Indonesia.

⁴⁶. SDKI, 2017

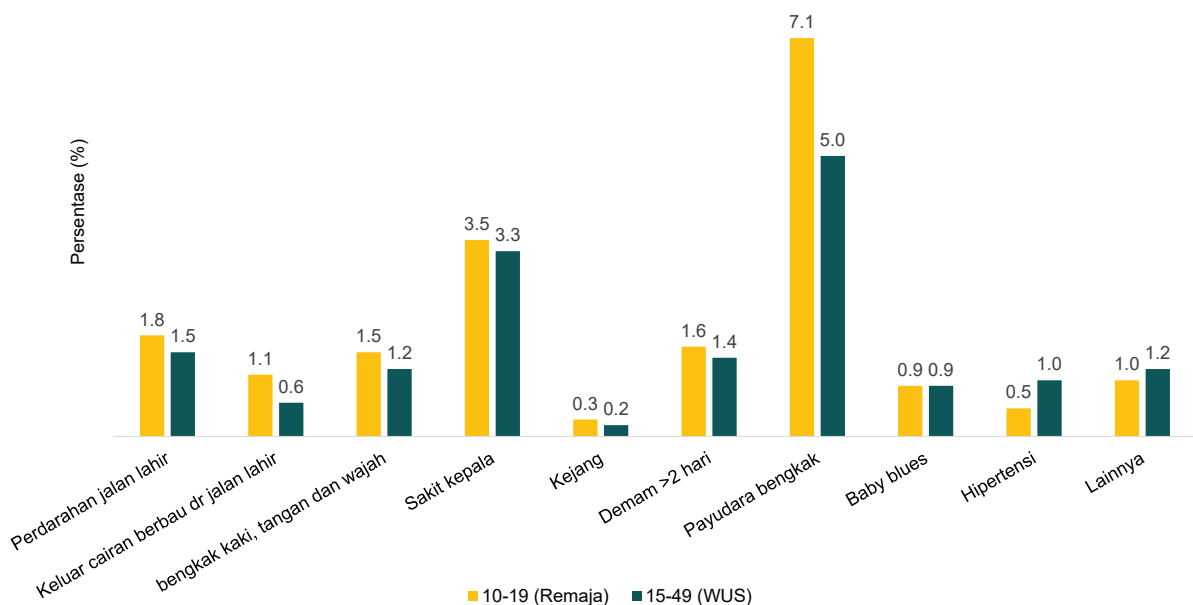
dalam membedakan klasifikasi dengan aborsi dan kematian neonatal. Sementara, sistem data dan informasi KIA di fasilitas pelayanan kesehatan masih belum optimal.⁴⁷ Kematian dan komplikasi pada ibu saat persalinan berhubungan erat dengan *stillbirth*. Studi EMAS di 6 provinsi juga melaporkan 84% dari total kasus *stillbirth*, ibunya mengalami kejadian *near miss* di rumah sakit.

3.2.4 Luaran Kesehatan Ibu Masa Nifas (1-6 minggu) dan Neonatal (2-28 Hari)

Berdasarkan data *Sampling Registration System* (SRS) tahun 2018, 40% kematian ibu terjadi saat masa nifas dengan penyebab utama adalah perdarahan pasca persalinan dan infeksi. Kemudian, **24,5% dari kematian ibu saat nifas terjadi pada hari ke 2 s/d 7 dan 24,9% terjadi pada hari ke 8 s/d 42**. Penyebab utama kematian adalah karena **perdarahan pasca persalinan dan hipertensi pada kematian hari ke 2 s/d 7 dan infeksi pada kematian hari ke 8 s/d 42**.⁴⁸

Berdasarkan Riskesdas 2018, **komplikasi pasca persalinan masih terjadi pada 11,4% WUS dan lebih tinggi dari usia remaja yaitu 13,1%**. Persalinan pada usia remaja memiliki proporsi komplikasi pasca persalinan yang lebih tinggi pada semua jenis. Komplikasi paling banyak dikeluhkan adalah payudara bengkak baik pada WUS (5%) maupun remaja (7,1%).⁴⁹ Payudara bengkak merupakan salah satu tanda dari mastitis (radang jaringan payudara) yang disebabkan oleh kurang tepatnya postur dan cara pemberian ASI dan bendungan ASI yang lama, kurang terjaga kebersihan payudara dan ibu, pijat laktasi oleh tenaga tidak terlatih dan kurang pendampingan dari tenaga kesehatan.⁵⁰ **Hal ini mengindikasikan bahwa walaupun cakupan pelayanan pasca persalinan sudah tinggi, kualitas pelayanan pasca persalinan pada ibu belum optimal.**

Gambar 19. Proporsi Gangguan/ Komplikasi Pasca Persalinan pada WUS dan Remaja



Sumber: Riskesdas, 2018

⁴⁷ Adisasmita, A. C., & Anggondowati, T. (2017). Characteristics of Obstetric Near-miss Cases in Indonesia.

⁴⁸ Dol, Justine; Hughes, Brianna; Bonet, Mercedes; Dorey, Rachel; Dorling, Jon; Grant, Amy; Langlois, Etienne V.; Monaghan, Joelle; Ollivier, Rachel; Parker, Robin; Roos, Nathalie; Scott, Heather; Shin, Hwayeon Danielle; Curran, Janet. Timing of maternal mortality and severe morbidity during the postpartum period: a systematic review. JBI Evidence Synthesis: August 02, 2022 - Volume - Issue - 10.11124/JBIES-20-00578 doi: 10.11124/JBIES-20-00578

⁴⁹ Riskesdas, 2018

⁵⁰ Lai BY, Yu BW, Chu AJ, Liang SB, Jia LY, Liu JP, Fan YY, Pei XH. Risk factors for lactation mastitis in China: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021 May 13;16(5):e0251182. doi: 10.1371/journal.pone.0251182. PMID: 33983987; PMCID: PMC8118550.

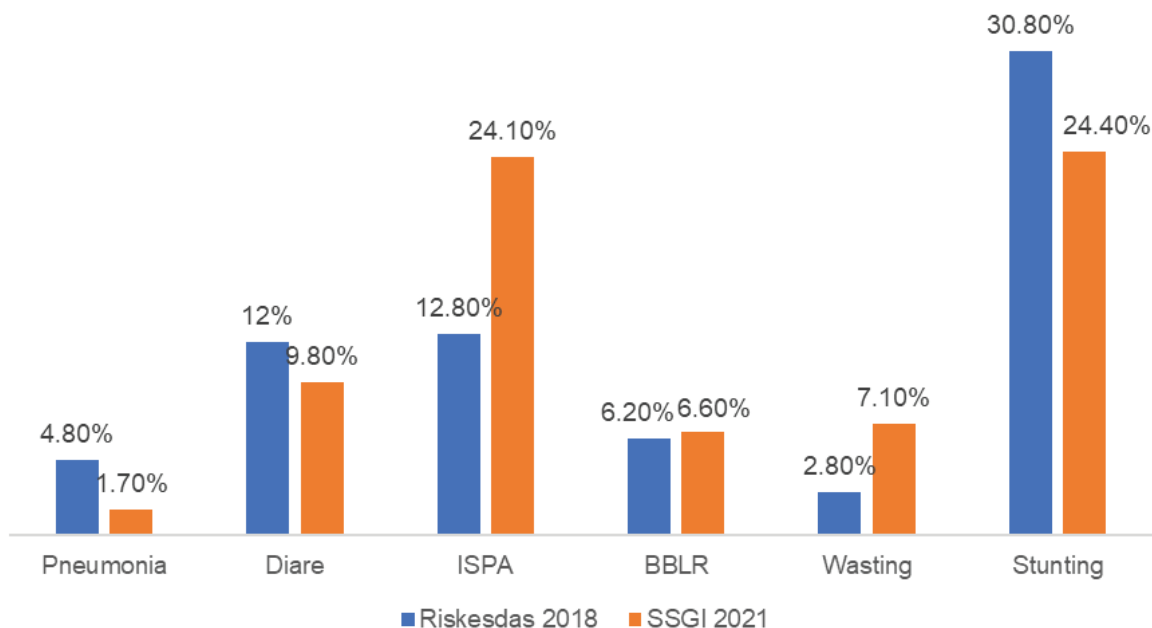
Secara psikologis, wanita yang melahirkan dengan penyulit dan komplikasi persalinan berisiko mengalami **depresi pasca persalinan**.⁵¹ Ibu yang mengalami gangguan mental pasca persalinan sedang hingga berat, mengalami kesulitan melakukan perawatan pada bayinya termasuk pemberian ASI, pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang serta membawa ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk imunisasi dan pengobatan sejak melahirkan hingga tiga bulan pasca persalinan.⁵²

Jumlah kematian neonatal berkontribusi terhadap 73,1% kematian balita. Dari seluruh kematian neonatal yang dilaporkan, **79,1% terjadi pada 6 hari pertama, dan 20% terjadi pada usia bayi 7 s/d 28 hari**.⁵³ Penyebab utama kematian neonatal adalah BBLR/Prematur (27,6%), asfiksia (22,19%) dan kelainan Kongenital (12,36 %).

3.2.5 Luaran Kesehatan Bayi dan Balita (1-59 bulan)

Penyebab utama kematian bayi dan balita (1-59 bulan) adalah **diare, pneumonia dan kelainan kongenital**. Terjadi penurunan prevalensi diare dan pneumonia dari tahun 2018 ke 2021, tetapi status gizi balita masih memiliki tantangan karena terjadi peningkatan **prevalensi BBLR dan wasting**. Selain itu, prevalensi *stunting* pada tahun 2021 adalah 24,4% masih jauh dari target ambisius 2024 yaitu 14%.⁵⁴ Berdasarkan hasil studi determinan status gizi balita 2020, penyakit infeksi yang berpengaruh terhadap status gizi balita paling tinggi prevalensinya adalah ISPA 8,6%, diare 5,4%, campak 2% dan TB 0,4%⁵⁵

Gambar 20. Prevalensi Penyakit Infeksi dan Malnutrisi pada Balita



Sumber: Riskesdas, 2018 dan SSGI, 2021

⁵¹ Idaiani, S., Basuki, B. Postpartum depression in Indonesian women: a national study. Health Science Journal of Indonesia. Vol 3 (1)

⁵² Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. JAMA Psychiatry. 2018;75(3):247-253. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4363.

⁵³ Kementerian Kesehatan Indonesia. 2022. Profil Kesehatan Indonesia 2021. Sumber data: <https://komdatkesmas.kemkes.go.id/>

⁵⁴ Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) 2021

⁵⁵ Balitbangkes. 2020. Studi Pelaksanaan pemantauan pertumbuhan balita dan determinan status gizi



BAB 4

AKSES DAN KUALITAS PELAYANAN KIA



4.1 Pencapaian Cakupan Efektif Pelayanan KIA

Saat ini pelayanan KIA masih berfokus pada jangkauan pelayanan berdasarkan kelengkapan kunjungan (*crude coverage*) dan **belum bisa mendorong kualitas pelayanan secara optimal**. Hal ini menyebabkan sulitnya untuk menilai efektivitas kebijakan KIA dan masih lebarnya ketimpangan akses secara geografis maupun status sosial ekonomi. Oleh karena itu, **perlu strategi yang terukur untuk mendorong kualitas pelayanan KIA** dalam pencapaian cakupan efektif (*outcome-adjusted coverage*)

Cakupan efektif adalah proporsi dari populasi sasaran yang membutuhkan dan menerima pelayanan KIA berkualitas serta mendapatkan dampak positif dan peningkatan status kesehatan yang ditargetkan (*outcome-adjusted coverage*).⁵⁶ Pencapaian cakupan efektif merupakan strategi menjanjikan untuk mendorong pencapaian cakupan semesta yaitu semua penduduk mempunyai **akses kepada pelayanan kesehatan yang dibutuhkan di mana pun dan kapan pun tanpa kesulitan finansial** yang meliputi seluruh pelayanan kesehatan esensial mulai dari promotif dan preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif.⁵⁷ Syarat untuk pencapaian cakupan efektif adalah kualitas pelayanan KIA yaitu pelayanan yang memenuhi 6 prinsip yaitu aman, efektif, tepat waktu, efisien, adil dan berpusat pada pasien.⁵⁸

- 1) **Aman** (*safe*) yaitu memberikan layanan kesehatan dengan menekan risiko yang membahayakan penerima layanan, termasuk mencegah cedera dan mengurangi kekeliruan medis
- 2) **Efektivitas** (*effectiveness*) yaitu memberikan layanan yang berdasarkan pada pengetahuan ilmiah dan pedoman berbasis bukti
- 3) **Tepat waktu** (*timely*) yaitu mengurangi penundaan dalam menyediakan dan menerima layanan kesehatan
- 4) **Efisien** (*Efficient*) yaitu memberikan pelayanan kesehatan dengan cara memaksimalkan sumberdaya serta menghindari pemborosan
- 5) **Adil** (*Equitable*) yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang tidak membeda-bedakan kualitas berdasarkan karakteristik personal, seperti gender, ras, suku, lokasi geografis, dan status ekonomi
- 6) **Berpusat pada pasien** (*People-centered*) yaitu menyediakan layanan dengan mempertimbangkan preferensi dan aspirasi penerima layanan serta budaya di masyarakat mereka

Pelayanan KIA **masih berfokus pada cakupan kunjungan** dan belum ada strategi terukur untuk mendorong cakupan efektif. Selain itu, belum bisa melihat cakupan efektif di setiap pelayanan karena **masih terdapat kesenjangan ketersediaan dan kualitas data**. Pada tahun 2017, **pelayanan KB secara akses dan kualitas masih kurang** yaitu WUS yang terpenuhi kebutuhan KB-nya dengan metode kontrasepsi modern sebesar 77,1% (*contact coverage*), penggunaan kontrasepsi modern 57% (*crude coverage*) dan hanya 28% yang memilih kontrasepsi modern sesuai informasi yang diterima. Sementara, **cakupan efektif belum bisa diketahui karena belum ada sumber data yang reliabel**.

Pada tahun 2018, pelayanan ANC walaupun sudah mencapai 96,10% cakupan K1 dan 74,10% cakupan K4. Namun hal tersebut baru merupakan cakupan kelengkapan kunjungan (*crude coverage*) yang mencerminkan bahwa ibu hamil sudah mempunyai kesadaran yang baik untuk memeriksakan

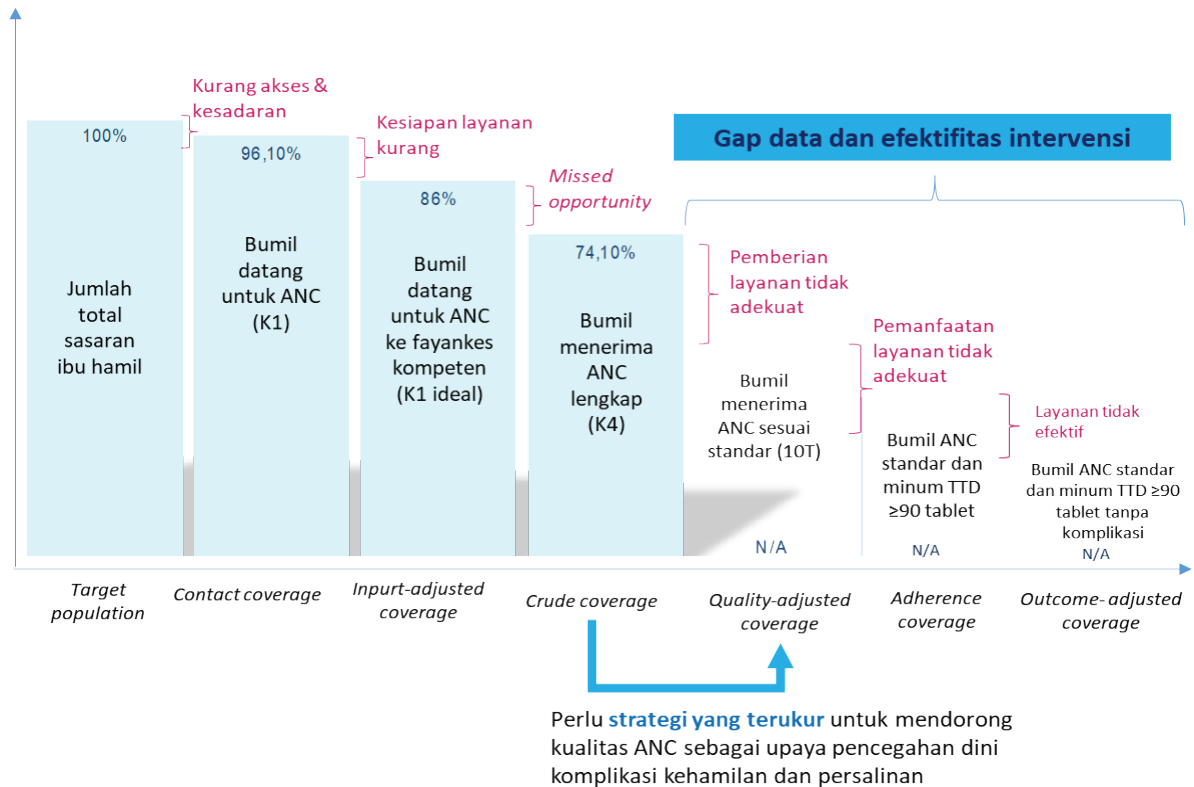
⁵⁶ Marsh AD, Muzigaba M, Diaz T, Requejo J, Jackson D, Chou D, Cresswell JA, Guthold R, Moran AC, Strong KL, Banerjee A, Soucat A; Effective Coverage Think Tank Group. Effective coverage measurement in maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition: progress, future prospects, and implications for quality health systems. *Lancet Glob Health*. 2020 May;8(5):e730-e736. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30104-2. PMID: 32353320; PMCID: PMC7196884.

⁵⁷ Ng M, Fullman N, Dieleman JL, Flaxman AD, Murray CJ, Lim SS. Effective coverage: a metric for monitoring Universal Health Coverage. *PLoS Med*. 2014 Sep 22;11(9):e1001730. doi: 10.1371/journal.pmed.1001730. PMID: 25243780; PMCID: PMC4171091.

⁵⁸ WHO. 2016. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1>.

kehamilan, kesiapan fasilitas dan SDM fasilitas kesehatan sudah baik, dan cukup baiknya kesempatan untuk ibu hamil mendapatkan paket pelayanan lengkap. **Namun, kualitas pelayanan dan dampak dari pelayanan terhadap status kesehatan ibu belum bisa diketahui karena adanya gap data dan efektivitas intervensi.**

Gambar 21. Ilustrasi Kaskade Cakupan Pelayanan ANC



Sumber: Data Riskesdas, 2018

Tabel 6. Kaskade Cakupan Pelayanan KIA

Jenis pelayanan dan capaian	Contact coverage	Input adjusted coverage	Crude coverage	Quality adjusted coverage	Adherence coverage	Outcome adjusted coverage (effective coverage)
Kesehatan remaja putri dan calon pengantin yang dilakukan penilaian risiko	Remaja putri dan calon pengantin yang dilakukan skrining lanjutan oleh tenaga kesehatan terlatih	Remaja putri dan calon pengantin yang dilakukan skrining kesehatan terlatih	Remaja putri dan calon pengantin yang dilakukan skrining lengkap sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih	Remaja dan calon pengantin yang dilakukan skrining lengkap dan dilakukan tindak lanjut sesuai standar di fasyankes oleh tenaga kesehatan terlatih	Remaja dan calon pengantin yang dilakukan skrining lengkap dan dilakukan tindak lanjut sesuai standar di fasyankes oleh tenaga kesehatan terlatih serta minum TTD ≥ 52	<ul style="list-style-type: none"> Remaja putri dengan status gizi baik dan tanpa perilaku berisiko Ibu hamil tanpa 4T
Capaian	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Keluarga Berencana	WUS yang datang ke fasyankes/nakes untuk KB (%)	WUS yang mendapatkan pelayanan KB oleh tenaga kesehatan terlatih (%)	WUS yang terpenuhi kebutuhan KB-nya dengan metode modern (%)	WUS memilih kontrasepsi modern sesuai informasi yang diterima (%)	WUS menggunakan alat kontrasepsi modern sesuai protokol (%)	WUS tanpa kehamilan tidak diinginkan (%)
Capaian (SDKI, 2017)	96,5	N/A	77,0	28,7	66	N/A
Antenatal Care	Bumil datang untuk ANC ke fasyankes/ K1 (%)	Bumil datang untuk ANC ke fasyankes kompeten/ K1 ideal (%)	Bumil menerima ANC lengkap/ K4 (%)	Bumil menerima ANC sesuai standar: 10 T dan USG (%)	Bumil ANC standar dan minum TTD ≥ 90 tablet (%)	Bumil tanpa komplikasi (%)
Capaian (Rikesdas, 2018)	96,10	74,10	86	N/A	N/A	N/A
Persalinan	Ibu bersalin di fasyankes (%)	Ibu bersalin di fasyankes kompeten (%)	Ibu bersalin di fasyankes kompeten oleh tim tenaga kesehatan terlatih (%)	Ibu bersalin di fasyankes kompeten oleh tim tenaga kesehatan terlatih dengan respons < 30 menit (%)	Ibu bersalin di fasyankes kompeten oleh tim tenaga kesehatan terlatih dengan respons < 30 menit tanpa pulang permintaan sendiri (APS) (%)	Ibu bersalin dan bayi lahir tanpa komplikasi (%)
Capaian (Rikesdas, 2018)	93,1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

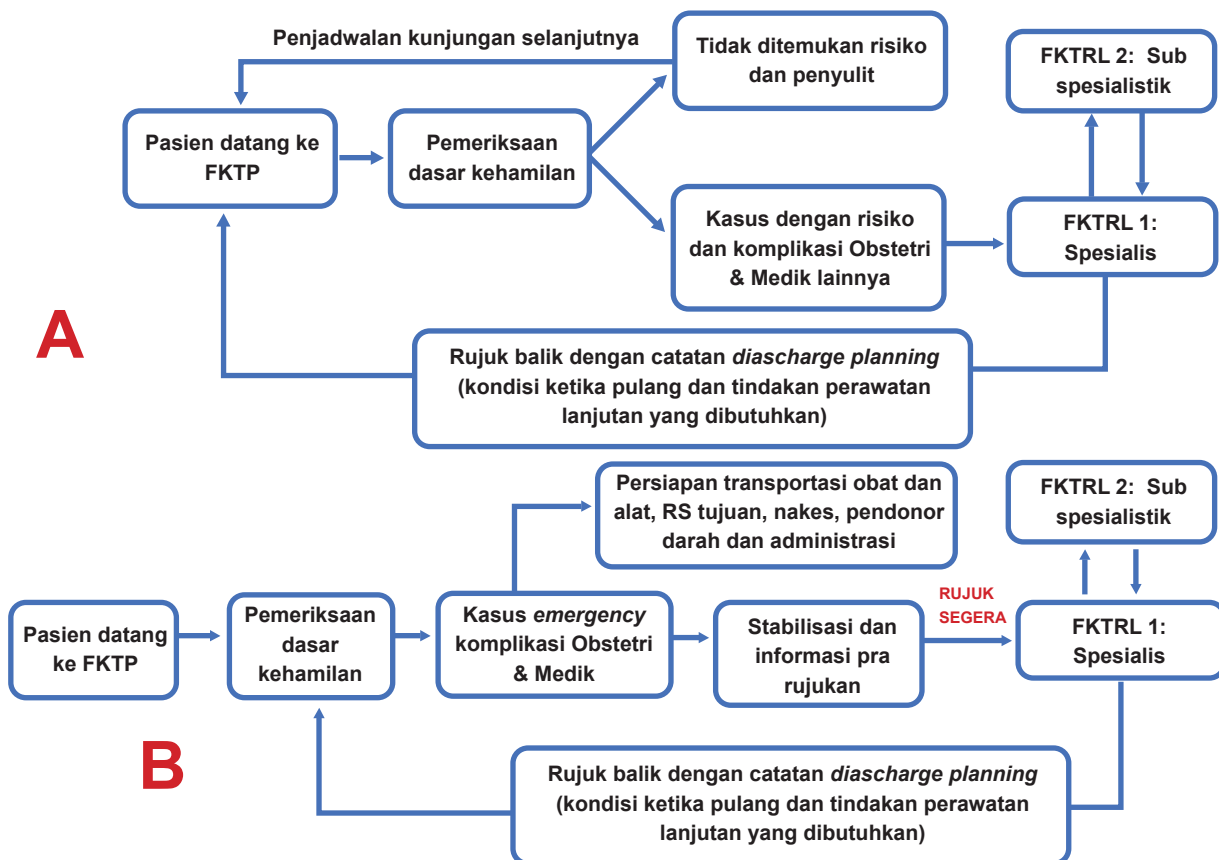
Jenis pelayanan dan capaian	Contact coverage	Input adjusted coverage	Crude coverage	Quality adjusted coverage	Adherence coverage	Outcome adjusted coverage (effective coverage)
Pelayanan nifas ibu dan neonatal	Ibu nifas dan bayi baru lahir mendapatkan perawatan pasca persalinan (KF 1 dan KN 1)	Ibu nifas dan bayi baru lahir mendapatkan salah perawatan pasca persalinan di fasyankes kompeten	Ibu nifas dan bayi baru lahir mendapatkan perawatan pasca persalinan lengkap	Ibu nifas dan bayi baru lahir mendapatkan perawatan pasca persalinan lengkap dan sesuai standar	Ibu nifas dan bayi baru lahir mendapatkan perawatan pasca persalinan lengkap dan sesuai standar dan Ibu melakukan ASI Eksklusif	Ibu nifas dan neonatal tanpa komplikasi (%)
Capaian (Risksdas, 2018)	KF 1: 93,3%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Pelayanan balita (sakit)	Balita sakit periksa ke tenaga kesehatan (%)	Balita sakit ditangani tenaga kesehatan terlatih MTBS (%)	Balita sakit di tangani menggunakan MTBS (%)	Balita sakit di tangani menggunakan MTBS sesuai standar lengkap (14 prosedur) (%)	Balita sakit ditangani menggunakan MTBS sesuai standar dan melakukan kunjungan lanjutan/kontrol	Balita sakit tanpa kematian dan kecacatan
Capaian (Risksdas, 2018)	21,7	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Pelayanan balita (sehat)	Balita datang ke Posyandu/ Fasyankes untuk pemantauan kesehatan (%)	Balita dengan riwayat menerima imunisasi (%)	Balita dengan imunisasi dasar lengkap (%)	Balita dengan imunisasi dasar lengkap tanpa KIP	Balita yang diimunisasi sesuai jadwal	Balita yang tidak mengalami pneumonia dan diare
Capaian (Risksdas, 2018)	N/A	69,7	57,9	N/A	N/A	Pneumonia: 2,0% Diare: 11,0%

4.2 Kualitas Sistem Rujukan dan Pelayanan Kegawatdaruratan

Dalam pelayanan KIA, terdapat 2 jenis rujukan berdasarkan status kegawatdaruratan yaitu **rujukan terencana dan rujukan gawat darurat**. Pelaksanaan rujukan KIA perlu memperhatikan level keseriusan masalah dan komplikasi yang bisa dikelompokkan berdasarkan diagnosis.

1. **Rujukan terencana** dilakukan dengan persiapan yang lebih panjang ketika **keadaan umum ibu masih baik** dan tidak ada tanda bahaya mengancam jiwa, misalnya saat ANC didapati kemungkinan risiko komplikasi. Rujukan ini dapat dilakukan ketika ibu membutuhkan **penatalaksanaan selanjutnya** di tingkat pelayanan yang lebih tinggi, atau karena fasyankes semula **mengalami kendala dalam pemberian layanan** sesuai dengan penilaian tenaga kesehatan.
2. **Rujukan emergency** dilakukan ketika ibu membutuhkan rujukan segera untuk mendapatkan tata laksana di level pelayanan yang lebih tinggi sesuai dengan penilaian tenaga kesehatan berdasarkan kriteria yang ada. **Rujukan sebaiknya tidak dilakukan jika:** (1) kondisi ibu tidak stabil untuk dipindahkan; (2) kondisi janin tidak stabil dan terancam untuk terus memburuk; (3) persalinan sudah akan terjadi, (4) tidak ada tenaga kesehatan terampil yang dapat menemani; dan (4) kondisi cuaca atau modalitas transportasi membahayakan.⁵⁹

Gambar 22. Alur Rujukan Terencana (A) dan Emergency (B) Pelayanan KIA Dua Arah FKTP-FKRTL⁵⁹



Sumber: Hadijono, S. 2022

⁵⁹. Hadijono, S. 2022. Konsep Rujukan Kehamilan dengan Penyulit Medis Obstetri & Non-Obstetri yang disampaikan dalam FGD peningkatan kualitas pelayanan kegawatdaruratan dan sistem rujukan KIA pada tanggal 31 Oktober oleh Bappenas.

Rujukan terencana belum berjalan dengan optimal karena kualitas deteksi dini dan manajemen risiko yang kurang optimal saat kehamilan. Berdasarkan Riskesdas 2018, ibu hamil yang mengalami komplikasi yang dilakukan rujukan segera hanya 55,3%. Selain itu, cakupan pemeriksaan laboratorium sebagai skrining awal kehamilan masih rendah. Pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2021 belum mencantumkan mekanisme rujuk balik yang sangat penting untuk memastikan ibu dan anak mendapatkan pelayanan yang tuntas dan berkesinambungan.

Sistem rujukan dan pelayanan kegawatdaruratan KIA yang berkualitas dapat mencegah “3 terlambat” dengan 3 kriteria yaitu **1) keputusan rujukan tanpa keterlambatan; 2) pelaksanaan rujukan mengikuti pedoman dan alur mudah (*straightforward*), serta 3) terdapat pertukaran informasi yang tepat antar fasilitas rujukan.**⁶⁰ Di Indonesia, “3 terlambat” masih terjadi karena kualitas pelayanan kegawatdaruratan dan sistem rujukan belum optimal. Keputusan merujuk tidak bisa dilakukan dengan cepat karena keluarga kurang pengetahuan dan terlambat mengambil keputusan, akses pelayanan kegawatdaruratan jauh dan perencanaan persalinan yang tidak adekuat.⁶¹

Tabel 7. Penyebab Rujukan Maternal Berdasarkan 3 Level Keterlambatan^{61,62,63}

Level terlambat	Level 1: Terlambat mencari layanan profesional	Level 2: Terlambat sampai ke fasyankes yang kompeten	Level 3: Terlambat menerima pelayanan berkualitas di RS
Penyebab	<ol style="list-style-type: none"> 1) Deteksi dini risiko dan perencanaan rujukan tidak dilakukan optimal. 2) Tidak tersedia layanan darurat terdekat 3) Ibu hamil dan keluarga tidak tahu fasilitas kesehatan kompeten yang mana untuk penanganan komplikasi dan menganggap semua Puskesmas dan RS bisa menolong 4) Ibu hamil tidak mau menggunakan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) karena biaya akomodasi penunggu dan tidak sesuai tradisi. 5) Praktik sosial budaya dan keluarga kurang mendukung 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ambulans tersedia tidak siap pakai dan akses jalan sulit, sehingga membutuhkan waktu lama 2) Ibu dan bayi ditangani di fasyankes tidak mempunyai kapasitas dalam penanganan komplikasi dan kegawatdaruratan 3) Tidak ada sarana komunikasi dan petugas jaga untuk menghubungi ambulans dan RS 4) Penanganan kasus oleh tenaga kesehatan tidak sesuai kompetensinya dan standar layanan karena kurang pemantauan dan supervisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Penyebab komplikasi tidak diketahui dengan cepat dan akurat saat pasien datang karena catatan medis pasien tidak ada atau tidak lengkap 2) Stabilisasi tidak dilakukan atau tidak sesuai prosedur sehingga pasien datang sudah dalam kondisi yang buruk 3) RS tidak siap untuk menangani pasien karena ruangan penuh, tidak ada SDM terlatih, fasilitas tidak memadai, kurang koordinasi antar bagian dan protokol layanan tidak mutakhir 4) Rujukan balik tidak dilakukan atau catatan perawatan tidak lengkap sehingga tidak dilakukan perawatan nifas yang adekuat oleh fasyankes primer

⁶⁰ WHO. 2019. Quality of Care for Maternal and Newborn Healthcare: A Monitoring Framework for Network Countries

⁶¹ Singh S, Doyle P, Campbell OM, Mathew M, Murthy GVS (2016) Referrals between Public Sector Health Institutions for Women with Obstetric High Risk, Complications, or Emergencies in India – A Systematic Review. PLoS ONE 11(8): e0159793. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159793>

Level terlambat	Level 1: Terlambat mencari layanan profesional	Level 2: Terlambat sampai ke fasyankes yang kompeten	Level 3: Terlambat menerima pelayanan berkualitas di RS
Solusi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Peningkatan rujukan terencana dengan pendampingan dan deteksi dini saat awal ANC melalui program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi 2) Penemuan aktif dan pemantauan ibu dan anak berisiko oleh kader di komunitas 3) Penambahan channel layanan untuk peningkatan akses di DTPK (RTK, Polindes, <i>Flying Health Care</i>, <i>telemedicine</i>, visitasi dokter spesialis) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Personalized medical record yang dapat diakses oleh FKTP dan FKRTL tempat pasien periksa. Hal ini bermanfaat untuk mengakses riwayat penyakit dan pengobatan 2) Pemenuhan fasilitas pelayanan gadar KIA jarak tempuh < 2 jam atau 1 RS PONEK + 4 Puskesmas PONED per 500,000 penduduk 3) Pendampingan dan peningkatan kapasitas tata kelola serta kepemimpinan pemda dan fasyankes 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ketersediaan Tim PONED dan PONEK lengkap disertai pengaturan jadwal jaga efektif untuk memastikan kesigapan layanan 24/7 2) Peningkatan keterampilan klinis secara rutin kepada tenaga kesehatan melalui simulasi/<i>drilling</i>, konsultasi klinis, atau magang (bukan sebatas orientasi) 3) Peningkatan kualitas tata kelola klinis untuk pelayanan KIA di FKTP dan FKRTL melalui AMPSR rutin 4) Sistem informasi dan komunikasi rujukan yang berfungsi dan terintegrasi

Pelaksanaan rujukan yang dilakukan oleh fasyankes tidak sesuai standar karena alur rujukan yang rumit dan kesiapan FKTP melakukan tata laksana pra-rujukan yang kurang. **Puskesmas PONED belum beroperasi dengan efektif secara input, proses dan output.** Secara input, tim PONEK lengkap belum tersedia 24/7, komunikasi antar tenaga kesehatan tidak efektif, sarana dan prasarana tidak sesuai dengan pedoman. Proses pemberian layanan pun masih belum sesuai dengan pedoman karena kemampuan tenaga kesehatan secara individu maupun kolaboratif tim belum mumpuni dalam hal triase, *clinical reasoning*, pengambilan keputusan klinis segera dan kepemimpinan, dan delegasi tugas antar tenaga kesehatan. Pada sisi *output* kesigapan penanganan kegawatdaruratan belum optimal karena stabilisasi pra rujukan yang jarang dilakukan.⁶²

Protokol rujukan berlapis membuat ibu harus mengalami rujukan *zigzag* mencapai 2-3 kali dan memakan waktu hingga 24 jam untuk mencapai pelayanan yang sesuai kompetensinya.⁶³ Jika melihat rujukan maternal-neonatal yang ada saat ini dilakukan secara berjenjang yang memungkinkan **rujukan horizontal** dari FKTP non PONEK ke FKTP PONEK serta **rujukan vertikal** dari FKTP ke FKRTL⁶⁴. Rujukan horizontal dapat mendorong pelayanan tuntas dilakukan di FKTP sebagai fasyankes lini pertama, tetapi kualitas pelayanan KIA di FKTP belum optimal. Hal ini menyebabkan kehamilan dan persalinan **akan menghadapi risiko komplikasi yang tidak dapat diprediksi**⁶⁵.

⁶² Handayani D, Achadi A. Analisis Implementasi Program Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas Mampu PONEK Kota Depok Tahun 2017. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. 2018.

⁶³ Mahmood MA, Hendaro H, Laksana MAC, Damayanti HE, Suhargono MH, Pranadyan R, et al. (2021) Health system and quality of care factors contributing to maternal deaths in East Java, Indonesia. PLoS ONE 16(2): e0247911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247911>

⁶⁴ Permenkes No. 21 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual

⁶⁵ Jahn, Albrecht., Debrouwere, Vincent. 2000. Referral in Pregnancy and Childbirth: Concepts and Strategies

Ketika ibu sampai ke RS pun belum mendapatkan pelayanan yang berkualitas karena kurang siap dan sigap. Berdasarkan kajian di Provinsi Jawa Timur, rumah sakit rujukan sudah tersedia tim PONEK terlatih dan protokol tindakan pelayanan KIA juga sudah ada. Namun, yang menjadi masalah utama adalah **kurangnya kesigapan dan kehandalan penanganan di UGD dan pengambilan keputusan klinis oleh dokter spesialis**. Hal tersebut disebabkan karena kebingungan tenaga kesehatan berbagi tugas, tim PONEK terlatih tidak *standby*, tidak terdapat sistem komunikasi yang terstruktur, serta tidak ada pemisahan fasilitas untuk kegawatdaruratan umum dan khusus untuk kegawatdaruratan maternal neonatal.⁶⁶

Tabel 8. Tantangan dalam Pelayanan Kegawatdaruratan KIA di FKTP dan FKRTL

Aspek	Tantangan
SDM	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kurangnya jumlah staf medis terlatih karena mutasi, beban tugas lain terlalu banyak dan kurang efektifnya perencanaan SDM fasyankes 2) Minimnya kemampuan tenaga kesehatan di FKTP dalam deteksi dini dan manajemen risiko kehamilan serta mengkomunikasikan risiko tersebut kepada pasien dengan efektif. Sehingga rujukan yang lebih terencana dan tepat waktu tidak dapat dilakukan 3) Kemampuan tenaga kesehatan masih kurang dalam kewaspadaan terhadap tanda bahaya utama di UGD RS dan koordinasi tidak dilakukan lebih awal dengan unit lain (ICU, PICU, ruang operasi, laboratorium, dan bank darah) 4) Dokter spesialis tidak jaga <i>onsite</i> di rumah sakit dan lebih sering <i>on call</i> atau jaga di RS lain
Pemberian pelayanan kegawatdaruratan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Komunikasi yang tidak efektif antar tim PONEK dan PONEK serta komunikasi rujukan yang tidak responsif kepada staf klinis senior yang berkontribusi terhadap keterlambatan keputusan proses rujukan di FKTP dan keputusan tindakan <i>emergency</i> di FKRTL 2) Kurangnya koordinasi dan kerja sama antara Puskesmas PONEK dan RS PONEK serta pemetaan jejaring FKTP dan FKRTL belum mempertimbangkan jarak transportasi maksimal 2 jam 3) Kurangnya pemberian informasi dari tenaga kesehatan ke pasien atau keluarga di FKTP maupun di UGD RS, sehingga menyebabkan sulitnya pasien mengambil keputusan untuk rujukan maupun tindakan kegawatdaruratan
Sistem Informasi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Belum terintegrasinya SIRANAP dan SISRUTE sehingga data rujukan dan ketersediaan <i>bed</i> tidak terintegrasi yang memperlambat pengambilan keputusan kesiapan penerimaan rujukan di RS 2) Kurangnya kedisiplinan dan pemahaman penyedia dan pengguna data untuk memanfaatkan informasi 3) Belum ada informasi bagi masyarakat untuk mengetahui fasyankes kompeten untuk kegawatdaruratan ibu, bayi dan anak
Kebijakan dan manajemen	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kurang efektifnya manajemen organisasi, seperti pengaturan jadwal tenaga kesehatan, alur pendaftaran pasien kegawat maternal-neonatal, dan komunikasi ke bank darah 2) Adanya kebijakan rujukan berjenjang yang mengharuskan pasien menuju ke rumah sakit tipe D, C, atau B sebelum ke RS tipe A yang sebenarnya lebih dekat dari FKTP asal rujukan 3) Implementasi pelayanan tidak benar-benar 24 jam karena belum ada mekanisme pemantauan kinerja rutin dan penjaminan mutu. Penetapan RS PONEK hanya berdasarkan kriteria input yaitu: SK Direktur tentang Tim PONEK; Tim PONEK sudah dilatih; dan telah memiliki sarana-prasarana sesuai dengan standar RS PONEK

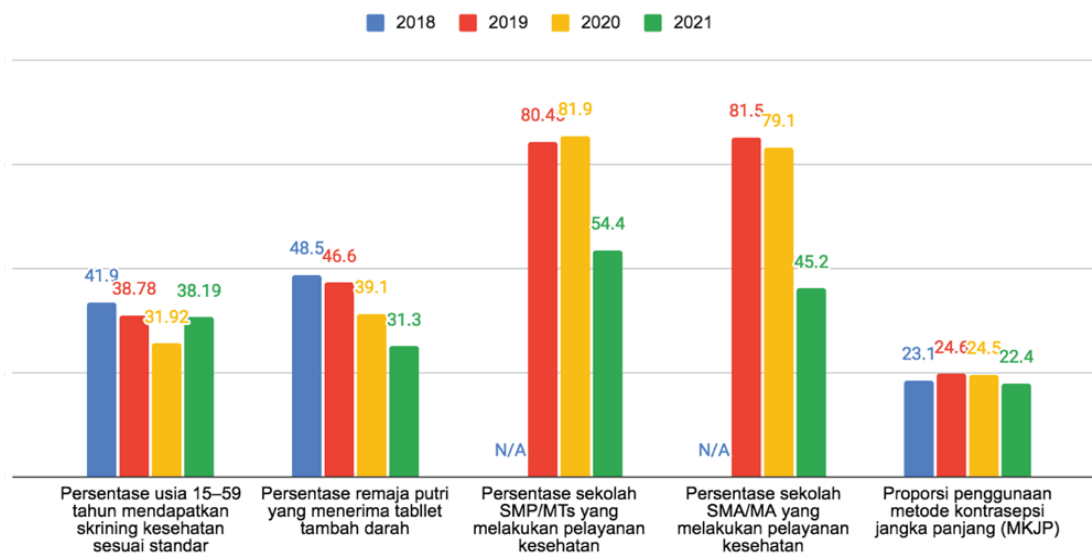
⁶⁶ Mahmood MA, Hendarto H, Laksana MAC, Damayanti HE, Suhargono MH, Pranadyan R, et al. (2021) Health system and quality of care factors contributing to maternal deaths in East Java, Indonesia. PLoS ONE 16(2): e0247911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247911>

4.3 Akses dan Kualitas Pelayanan di Fasyankes Primer

4.3.1 Penyediaan Pelayanan Kesehatan Remaja dan Usia Subur

Secara kuantitas cakupan **pelayanan kesehatan remaja di sekolah** hingga tahun 2020 selalu di atas 80%. Namun pada tahun 2021 terjadi penurunan drastis. Penyebab utama penurunan cakupan adalah penutupan pembelajaran tatap muka di sekolah sehingga kegiatan ekstrakurikuler termasuk pelayanan kesehatan tidak dapat terlaksana. Pelayanan kesehatan remaja dan usia subur **di fasilitas kesehatan juga belum optimal** ditandai dengan **cakupan pemberian tablet tambah darah pada remaja** selalu berada di bawah 50% dan **cakupan dari MKJP** selalu di bawah 25%. Cakupan pelayanan kesehatan calon pengantin juga masih rendah yaitu 20%.⁶⁷

Gambar 23. Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja dan Usia Subur

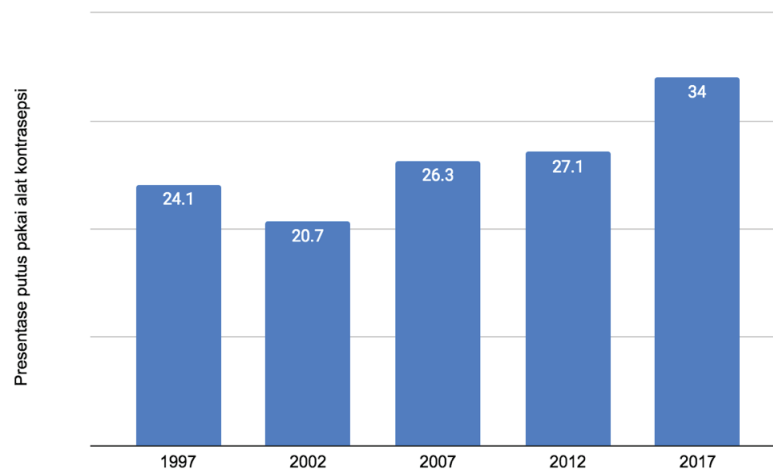


Catatan: Data persentase sekolah SMP/MTs dan SMA/MA yang melakukan pelayanan kesehatan tahun 2018 tidak tersedia di Profil Kesehatan 2018

Sumber: Laporan Program KIA Kementerian Kesehatan dan BKKBN; 2018-2021

Secara kualitas, angka putus penggunaan KB juga cenderung meningkat dari 24,1% pada tahun 1997 menjadi 29% pada tahun 2017 (SDKI, 1997-2017). Penurunan *unmet need* pun cenderung stagnan selama 20 tahun hanya turun sebesar 3% dari 13,6% tahun 1997 menjadi 10,6% pada tahun 2017. Hal ini mengindikasikan upaya **peningkatan cakupan dan kualitas kesehatan remaja dan calon pengantin di fasilitas pelayanan kesehatan** masih memerlukan upaya keras untuk mengejar target 2030.

⁶⁷: Kementerian Kesehatan. 2022. Profil Kesehatan Indonesia 2021.

Gambar 24. Tingkat Putus Pakai Alat Kontrasepsi

Sumber: SDKI 1997-2017

Box 1. Young Health Program (YHP), Plan Indonesia: Model KIE melalui Pendidik Sebaya untuk Kesehatan Remaja yang Komprehensif

YHP dilakukan melalui kolaborasi sektor pendidikan dan kesehatan di 4 Kota di DKI Jakarta untuk pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM) dan peningkatan Kesehatan Reproduksi remaja melalui melibatkan bermakna pemuda sebagai pendidik sebaya di tingkat SMP dan SMA. Terdapat 4 pendidik sebaya tiap sekolah direkrut, dilatih tiap 3 bulan dan didampingi setiap bulan oleh tenaga kesehatan Puskesmas dan guru penanggung jawab di sekolah.

Edukasi kesehatan yang dilakukan menggunakan bahasa dan metode penyampaian yang sesuai dengan kebutuhan dan karakter remaja misalnya melalui sosial media, turnamen olah raga, komunitas remaja sejenis, film dan seni, serta ekstrakurikuler sekolah. Selain itu, remaja dilatih dan dilibatkan dalam memberikan penilaian pelayanan kesehatan yang ramah remaja di Puskesmas menggunakan *scorecard*. Untuk mendukung lingkungan yang aman untuk kesehatan remaja, pelatihan dan pembinaan juga diberikan kepada tenaga kesehatan Puskesmas, guru sekolah, orang tua murid dan tokoh masyarakat di sekitar sekolah.

Tantangan utama dalam implementasi kegiatan YHP adalah kesehatan remaja dan kesehatan reproduksi belum menjadi isu prioritas di sektor kesehatan maupun pendidikan, fragmentasi kegiatan terkait kesehatan remaja di tingkat daerah dan pelayanan, serta pelibatan kaum muda belum diberdayakan secara bermakna sesuai kebutuhan dan karakteristik mereka.

Sumber: Paparan Program YHP saat FGD tanggal 21 Juli 2022

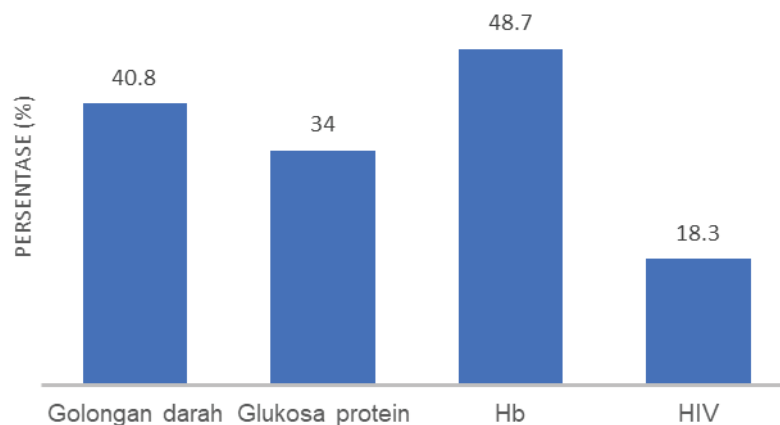
4.3.2 Penyediaan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Pelayanan kesehatan ibu hamil diselenggarakan melalui **Antenatal Care (ANC) terpadu** yaitu pelayanan yang meliputi **intervensi gizi, pemeriksaan ibu dan janin, tindakan pencegahan komplikasi, intervensi psikososial dan penguatan sistem untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KIA**. Salah satu rekomendasi dari WHO adalah pada ibu hamil normal ANC minimal dilakukan 8 kali. Namun pada Permenkes No. 21 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual, terdapat penyesuaian yaitu 6x berdasarkan hasil konsultasi dengan organisasi profesi dan program terkait. Penyesuaian frekuensi menjadi **6 kali kunjungan disertai**

dengan prosedur minimal kontak dengan dokter 2 kali untuk skrining faktor risiko/komplikasi kehamilan di trimester 1 dan skrining faktor risiko persalinan 1 kali di trimester 3.

Cakupan pelayanan pemeriksaan kehamilan 4 kali (K4) naik dari 70,4% pada tahun 2013⁶⁸ menjadi 74,1% tahun 2018⁶⁹ dan mencapai 88% pada tahun 2021⁷⁰. Namun, secara kualitas cakupan K4 sesuai standar (4 kali oleh tenaga kesehatan dan 10 T lengkap) yang menjadi indikator SPM pelayanan kesehatan ibu hamil tahun 2019-2021 tidak mencapai target 100%. Cakupan 6 kali kunjungan ANC tahun 2021 adalah 63%⁷¹ dan **kepatuhan terhadap prosedur 10 T lengkap dalam pelayanan ANC masih rendah hanya 2,7%**.⁷² Prosedur ANC yang diterima ibu hamil **paling tinggi adalah pemeriksaan fisik** yaitu pengukuran berat badan (97,4%) dan pengukuran tekanan darah (98,5%), sementara **pemeriksaan laboratorium masih rendah yaitu < 50%**.⁷³ Padahal pemeriksaan laboratorium sangat penting untuk deteksi dini preeklamsia, diabetes dan anemia yang merupakan penyebab utama perdarahan dan HDK.

Gambar 25. Proporsi Jenis Pelayanan Laboratorium yang Diterima Ibu Hamil saat ANC



Sumber: Riskesdas, 2018

Di tingkat masyarakat, **Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)** dicanangkan sejak 2007 sebagai terobosan kegiatan yang difasilitasi oleh bidan dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil; termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan **stiker sebagai media notifikasi** di masyarakat.

Berdasarkan studi kasus di Provinsi Sumatera Barat⁷⁴, Kabupaten Badung⁷⁵ dan Kabupaten Mamuju, **P4K mampu meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat, tenaga kesehatan dan lintas sektor** mengenai pentingnya persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi untuk mencegah kematian ibu dan bayi. Namun, **belum mampu mendorong perilaku dan aksi yang lebih intensif dan berkelanjutan untuk pengenalan tanda bahaya kehamilan serta pencegahan komplikasi** baik di tingkat keluarga, masyarakat dan fasilitas kesehatan karena **kurangnya pemantauan dan evaluasi**

⁶⁸. Kementerian Kesehatan. 2014. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013.

⁶⁹. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018.

⁷⁰. Kementerian Kesehatan. 2022. Profil Kesehatan Indonesia 2021.

⁷¹. Kementerian Kesehatan. 2022. Profil Kesehatan Indonesia 2021.

⁷². Kementerian Kesehatan. 2017. Laporan Hasil Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) 2016

⁷³. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018.

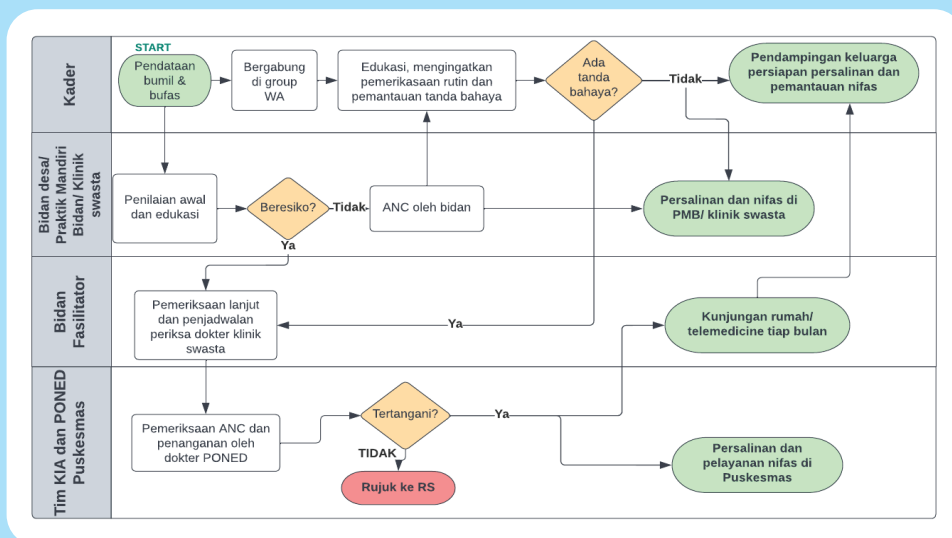
⁷⁴. Yunarti, & Afrizal, & Helmi, Helmi & Djafri, Defriman & Abdullah, Irwan. (2019). Toward of SDGs 2030 and Maternal Mortality in Indonesia: a Cultural Perspective Review (West Sumatera case). 10.2478/9783110680003-044.

⁷⁵. Mariani, Putri & Widarini, Putu & Pangkahila, Alex. (2013). Hambatan dalam implementasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) di Kabupaten Badung. Public Health and Preventive Medicine Archive. 1. 109. 10.15562/phpma.v1i2.172.

program. Selain itu, fokus program di tingkat desa lebih kepada **penempelan stiker sebagai penanda tanpa ditindaklanjuti dengan pendampingan dan pengelolaan risiko** oleh kader dan tenaga kesehatan. Keberfungsian Desa Siaga juga masih perlu ditingkatkan tidak hanya sebagai pemenuhan kualifikasi administratif, tetapi **lebih didorong untuk membentuk sistem kewaspadaan dini di masyarakat yang berfungsi dan sigap** ketika ada kasus komplikasi, kegawatdaruratan dan kematian ibu, bayi dan balita.⁷⁶

Box 2. Program Sahabat Milla di Puskesmas Cikarang: Model Pendampingan Ibu hamil dan Nifas melalui Kolaborasi Kader, Puskesmas dan Fasyankes Swasta

Pendataan, pemantauan dan pendampingan ibu hamil dan ibu nifas dengan pendekatan manajemen kasus bukan berbasis kunjungan di fasyankes. Pendampingan dan pemantauan dilakukan melalui grup Whatsapp dan kunjungan rumah. Satu grup terdiri dari 30 - 70 ibu hamil dan ibu nifas yang dikelola oleh 6-7 kader, 1 bidan desa/PMB, dan 1 orang bidan fasilitator. Manajer pengelolaan ibu hamil dan ibu nifas yang tergabung dalam Sahabat Milla adalah bidan fasilitator yang berasal dari Puskesmas maupun swasta di mana tiap **bidan fasilitator** mengampu 2-3 desa. Bidan fasilitator mengkoordinasikan pemantauan dan pendampingan dengan bidan desa, koordinator program KIA dan Tim PONED di Puskesmas, serta penanggung jawab pelayanan KIA dipraktik mandiri tenaga kesehatan dan klinik swasta.



Sumber: Paparan Kepala Puskesmas Cikarang saat FGD tanggal 11 Oktobert 2022, diolah oleh tim kajian

4.3.3 Penyediaan Pelayanan Persalinan

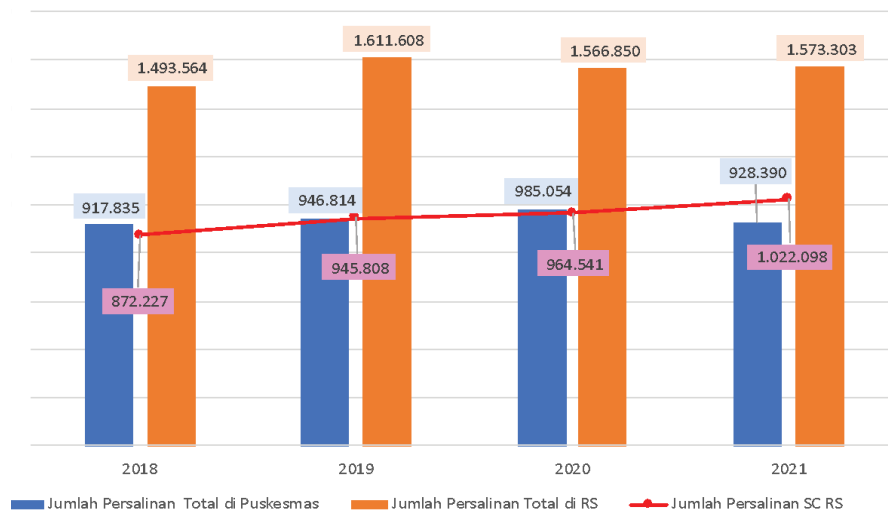
Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan **menunjukkan tren menurun** dari 93,10% tahun 2018 menjadi 90% tahun 2021. Sedangkan secara kualitas, pencapaian SPM untuk pelayanan ibu bersalin tidak mencapai 100%, bahkan tren menurun dari 86,82% tahun 2018 menjadi 57,46% pada tahun 2021. Berdasarkan SUSENAS 2019, sebanyak 70,90% perempuan 15-49 tahun yang pernah melahirkan dalam 2 tahun terakhir melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), belum mencapai target yang ditetapkan Kementerian Kesehatan yaitu 90%.

Berdasarkan laporan klaim persalinan BPJS, terdapat peningkatan jumlah persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan primer maupun rujukan dari tahun 2018-2020. Namun terjadi penurunan pada

⁷⁶ Hill, P. S., Goeman, L., Sofiarini, R., & Djara, M. M. (2013). 'Desa SIAGA', the 'Alert Village': the evolution of an iconic brand in Indonesian public health strategies. *Health Policy and Planning*, 29(4), 409–420. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZT027>

tahun 2021 yang disebabkan oleh pandemi COVID-19 (BPJS, 2022). Namun, yang perlu menjadi perhatian adalah **jumlah persalinan di RS serta persalinan *Sectio Caesarea* (SC) di Rumah Sakit terus meningkat dari 2018-2021** bahkan pada tahun 2021 meningkat secara signifikan hingga 40,8% dari total persalinan di FKTP dan RS⁷⁷. Padahal, standar WHO untuk persentase persalinan dengan SC yang ideal adalah **10-15%** untuk mendorong kualitas berkesinambungan pada ANC, persalinan dan perinatal yang optimal.⁷⁸ Berdasarkan Riskesdas 2018, hanya **12 provinsi yang memiliki proporsi persalinan SC di bawah 15%**. Provinsi dengan proporsi persalinan SC terbanyak adalah DKI Jakarta (31,1%) dan Bali (30,2%), sedangkan proporsi komplikasi persalinan di DKI Jakarta adalah 28,7% dan Bali 24,3% di bawah D.I Yogyakarta 37,8% dan Jawa Timur 29,5%.

Gambar 26. Jumlah Persalinan di Puskesmas dan Rumah Sakit



Sumber: Data klaim BPJS 2018-2021

4.3.4 Penyediaan Pelayanan Pasca Salin dan Bayi Baru Lahir

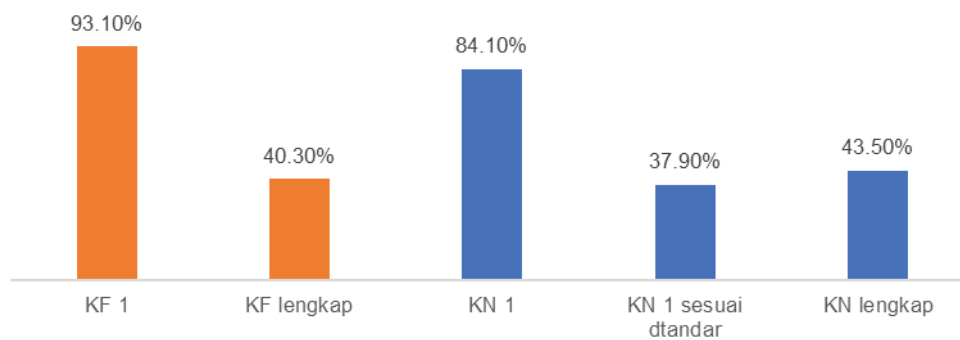
Berdasarkan data Riskesdas 2018, **cakupan pelayanan kunjungan nifas untuk ibu dan bayi pertama kali sudah baik**, hal ini karena pelayanan nifas pertama dilakukan di fasyankes sehingga tidak membutuhkan upaya dari tenaga kesehatan untuk kunjungan rumah maupun dari ibu untuk datang ke fasyankes. Namun, jika melihat **kunjungan lengkap masih rendah baik pada ibu maupun neonatal**. Sebagian besar (53,1%) ibu yang bersalin spontan mendapatkan lama perawatan 1-2 hari dan 89,3% ibu bersalin secara sesar mendapatkan lama perawatan ≥ 3 hari.⁷⁹ Hal ini sudah **sesuai dengan pedoman WHO untuk perawatan pasca persalinan** yang merekomendasikan untuk persalinan normal lama perawatan minimal 48 jam untuk pemantauan intensif.⁸⁰

⁷⁷ BPJS. 2022. Pembiayaan Pelayanan KIA dalam Program JKN. Paparan saat FGD Penguatan Pembiayaan untuk Pelayanan KIA Berkualitas 20 Oktober 2022: Bappenas

⁷⁸ WHO. 2018. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections

⁷⁹ BKKBN. 2018. Laporan Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2017

⁸⁰ WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Gambar 27. Cakupan Kunjungan Nifas Pada Ibu dan Neonatal

Sumber: Riskesdas, 2018

Secara kualitas pelayanan pasca persalinan untuk ibu maupun neonatal belum optimal. Hal tersebut terlihat dari **50,1% ibu nifas tidak mencari pertolongan pertama ketika mengalami komplikasi pasca persalinan**. Selain itu, **penggunaan kontrasepsi pasca persalinan juga masih belum optimal** untuk semua jenis yaitu 42,4% suntikan 3 bulan, 8,5% pil, 6,6% IUD, 6,1% suntikan 1 bulan, 4,7% implant, 3,1% sterilisasi wanita, 1,1% kondom pria dan 0,2% sterilisasi pria. Pada pelayanan neonatal, **30,1% anak dengan BBLR tidak dilakukan tindakan** dan 41,5% bayi baru lahir tidak diberikan perawatan tali pusar. **Kepatuhan terhadap pendokumentasian asuhan bayi baru lahir masih belum optimal** terlihat dari 81,0% bayi ketika lahir tidak memiliki catatan ukuran lingkaran kepala, 52,1% tidak memiliki catatan panjang lahir dan 43,4% tidak memiliki catatan panjang lahir. Padahal, pemberian asuhan neonatus berkualitas dan pendokumentasian status kesehatan neonatal sangat penting untuk **deteksi dini masalah kesehatan dan kegawatan pada bayi terutama saat masa nifas**. Selain itu, dalam jangka panjang status kesehatan saat lahir akan **memberikan informasi ketika anak mengalami sakit atau kelainan di kemudian hari**.

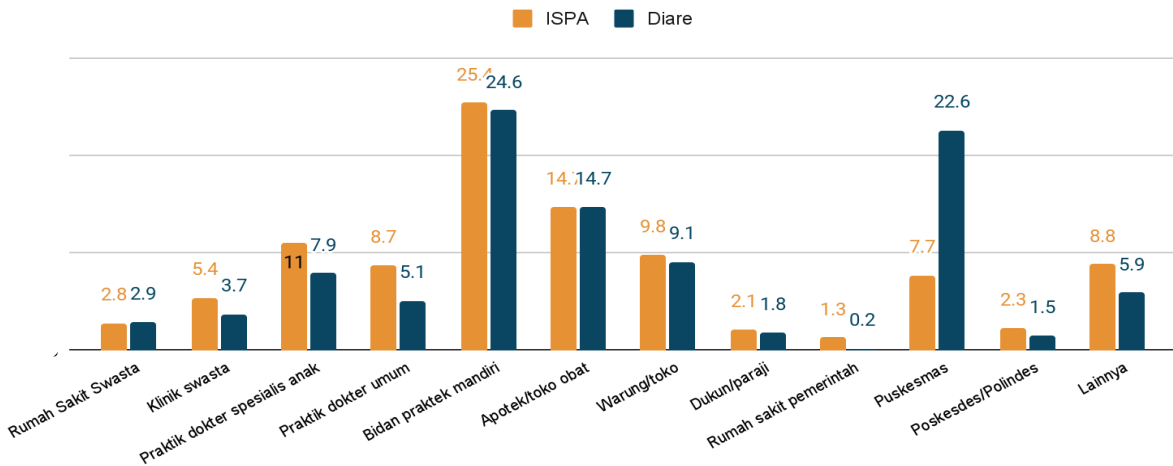
4.3.5 Penyediaan Pelayanan Bayi dan Balita

Untuk pelayanan kesehatan anak, 63,9% anak sakit ISPA dan 57,1% anak diare dibawa berobat ke **fasilitas pelayanan swasta**.⁸¹ Jika berdasarkan jenisnya, proporsi tempat berobat anak sakit ISPA tertinggi adalah bidan praktik mandiri dan apotek/toko obat. Sementara untuk anak sakit diare, proporsi tempat berobat paling tinggi adalah bidan praktik mandiri dan Puskesmas. Walaupun telah memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pola pencarian pertolongan kesehatan pada anak sakit di Indonesia masih dipengaruhi oleh **keinginan mendapatkan penanganan yang cepat, jarak terdekat, pandangan/saran dari keluarga/kerabat terdekat, status pekerjaan dan pengetahuan orang tua**.⁸²

⁸¹. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018

⁸². Widayanti AW, Green JA, Heydon S, Norris P. Health-Seeking Behavior of People in Indonesia: A Narrative Review. J Epidemiol Glob Health. 2020 Mar;10(1):6-15. doi: 10.2991/jegh.k.200102.001. PMID: 32175705; PMCID: PMC7310809.

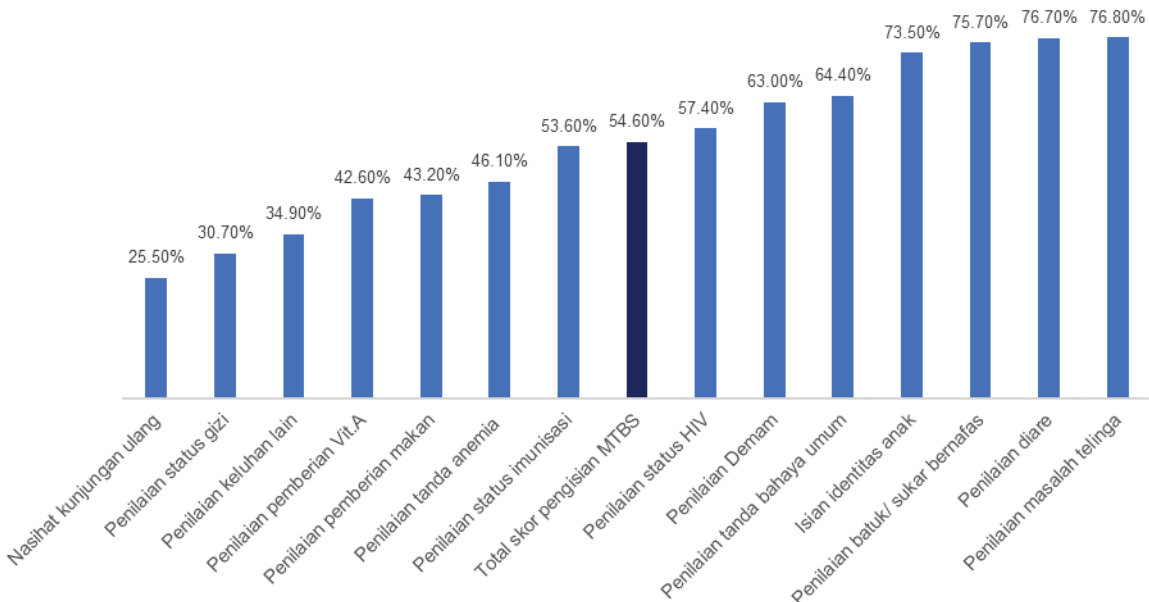
Gambar 28. Proporsi Tempat Pencarian Pertolongan untuk Berobat pada Balita Sakit



Sumber: SDKI, 2017

Standar pelayanan bayi dan balita sakit di Puskesmas yaitu manajemen terpadu balita sakit (**MTBS**) **dilaksanakan dengan tingkat kepatuhan yang rendah 54,6%**. Kepatuhan yang paling rendah adalah pemberian kunjungan ulang (25,5%), penilaian status gizi (30,7%) dan penilaian masalah/keluhan lain (34,9%). Selain itu, pemberian vitamin A, penilaian tanda anemia, penilaian demam dan penilaian tanda bahaya umum juga belum optimal (kepatuhan di bawah 65%), padahal merupakan **prosedur penting dalam pencegahan perburukan kondisi balita sakit** (Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu Anak, 2022).

Gambar 29. Tingkat Kepatuhan Puskesmas dalam Pelaksanaan MTBS



Sumber: Monev MTBS Kementerian Kesehatan, 2020

Selain itu, untuk **upaya perbaikan gizi dan pencegahan infeksi juga belum optimal** ditandai dengan cakupan beberapa pelayanan gizi spesifik maupun sensitif tahun 2020 belum mencapai target karena disrupsi pelayanan kesehatan saat pandemi. Cakupan ASI Eksklusif pada tahun 2020 adalah 62,1% meningkat dari cakupan 2019 sebesar 60,9%. Namun proporsi baduta yang mendapatkan MP-ASI optimal (4 bintang) hanya 43,2% dan mendapatkan makanan bervariasi (*minimum dietary diversity*) hanya 58,8%. Cakupan imunisasi dasar lengkap juga rendah yaitu 40%, padahal yang krusial untuk pencegahan infeksi dan penyakit lainnya yang menjadi penyebab kematian tertinggi pada balita (SUSENAS, 2020). Berdasarkan Survei Determinan Status Gizi 2020, 87,5% balita mengakses layanan imunisasi, namun **hanya 52,4% balita sakit mengakses pelayanan kesehatan berupa pemeriksaan atau pengobatan** di masa pandemi. Alasan terbanyak tidak mengakses pemeriksaan atau pengobatan di fasilitas kesehatan adalah sakit tidak parah dan tidak perlu berobat (75,1%), takut tertular COVID-19 (12,5%) memilih obat tradisional/herbal (10,6%), dan tidak punya biaya (4,3%).



BAB 5

PELAYANAN KIA DI DTPK

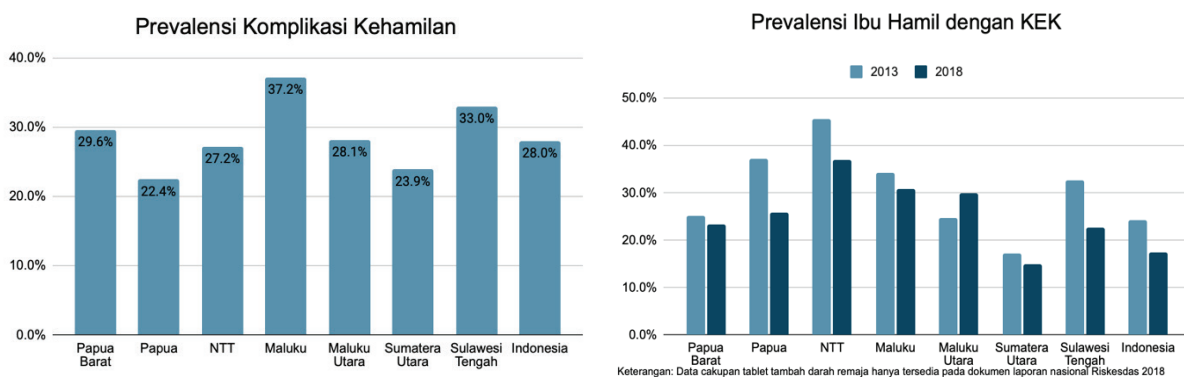


5.1 Akses dan Kualitas Pelayanan KIA di DTPK

Pelayanan KIA di DTPK masih jauh tertinggal di seluruh aspek yaitu dampak (*outcome*), keluaran layanan (*output*), maupun kapasitas sistem kesehatan sebagai proses dan input. Secara dampak, **Angka Kematian Ibu (AKI) di Pulau Nusa Tenggara, Maluku, Papua 489 per 100.000 KH jauh lebih tinggi jika dibandingkan Pulau Jawa-Bali yaitu 247 per 100.000 KH.**⁸³ Penyebab utama kematian ibu di daerah terpencil Indonesia terutama di Maluku, NTT, Papua dan Sulawesi, selain Hipertensi dalam kehamilan (HDK) dan perdarahan, masih tingginya infeksi seperti Sepsis, TB, Malaria dan Infeksi Menular Seksual (IMS). Penyebab utama kematian bayi pun selain prematur/BBLR dan asfiksia, masih terdapat sepsis dan malaria.^{2,4}

Pada kesehatan remaja, **prevalensi remaja putri usia >15 tahun yang menderita anemia** di wilayah terpencil mencapai 23%, lebih tinggi di atas nasional.⁸⁴ **Prevalensi obesitas dan berat badan berlebih pada remaja usia 13-18 tahun** secara berturut-turut adalah 7,3% dan 20,2% di Maluku, 7,6% dan 24,8% Maluku Utara, serta 2,1% dan 9,3% di NTT.⁸⁵ **Akses terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi pada usia subur masih belum optimal karena persentase kabupaten/kota yang 10% WUS-nya menikah, hamil dan melahirkan pertama kali usia ≤ 18 tahun di Papua sebanyak 82,76% (24/29), Papua Barat 100% (13/13), Maluku 90,91% (10/11), Maluku Utara 100% (10/10), dan NTT 72,73% (16/22).**⁸⁶

Gambar 30. Prevalensi Ibu Hamil KEK dan Komplikasi Kehamilan di DTPK



Sumber: Riskesdas, 2018

Kesenjangan luaran kesehatan ibu hamil pun masih terjadi di DTPK dengan melihat **prevalensi ibu hamil KEK dan komplikasi kehamilan yang berada di atas rata-rata nasional.** Selain itu, prevalensi komplikasi kehamilan yang tinggi, tidak disertai dengan cakupan pelayanan rutin yang optimal untuk persalinan tenaga kesehatan, ANC lengkap dan KF lengkap.⁸⁷ Pengelolaan faktor risiko komplikasi kehamilan pun belum optimal karena masih rendahnya cakupan suplementasi TTD pada remaja putri.

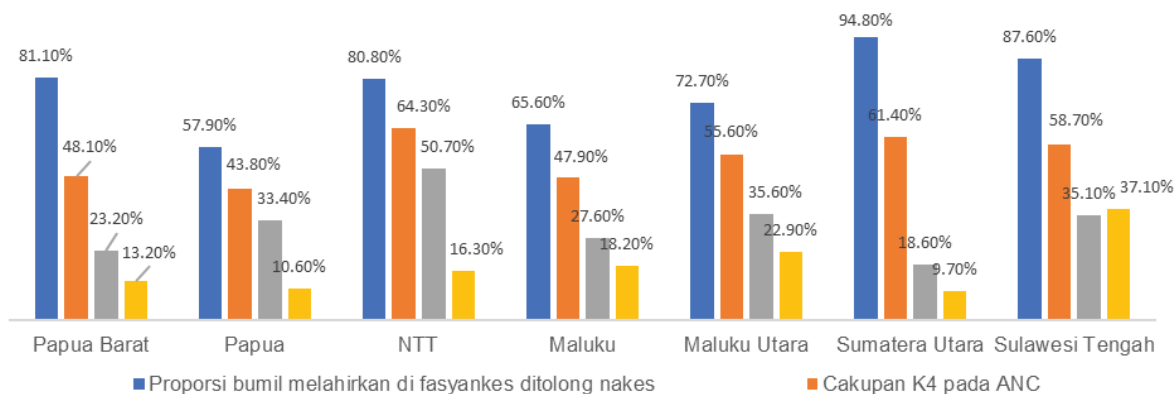
⁸³ BPS. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015

⁸⁴ Riskesdas, 2013

⁸⁵ Oktaviani, Sofi., et al. 2022. Prevalence of Obesity and Overweight Stratified by Age Group of the 34 Provinces in Indonesia: Local Empirical Bayesian Estimation. *Asian Comm. Health Nurs.* 2021, 3(2), 15-21.

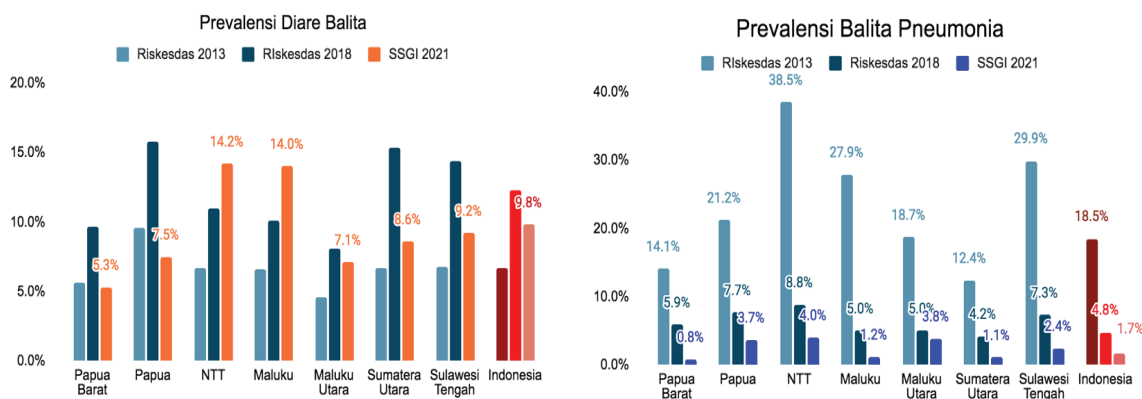
⁸⁶ Badan Pusat Statistik. 2019. Survei Sosial Ekonomi Nasional 2019, diolah oleh TP2K. <https://dashboard.stunting.go.id>

⁸⁷ Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018.

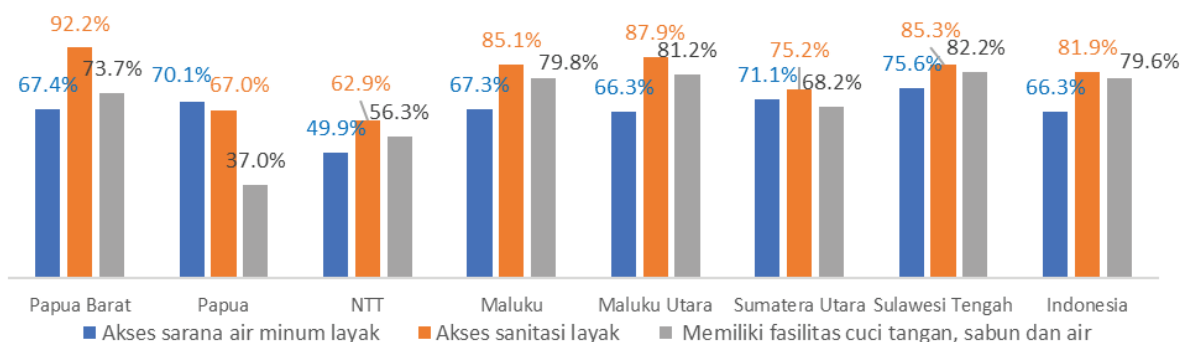
Gambar 31. Cakupan Pelayanan Kehamilan, Persalinan, Nifas dan TTD Remaja di DTPK

Sumber: Riskesdas, 2018

Terkait kesehatan balita, **prevalensi pneumonia terjadi penurunan di semua provinsi DTPK pada tahun 2021**, tetapi Papua, NTT, Maluku Utara dan Sulawesi Tengah masih di atas rata-rata nasional. Perlu perhatian terhadap **peningkatan signifikan prevalensi diare di NTT (14,2%) dan Maluku (14%)** yang jauh dari rata-rata nasional yaitu 9,8%. Penyebab tingginya prevalensi di NTT dan Maluku adalah sanitasi dan praktik menjaga kebersihan yang kurang (SSGI, 2021).

Gambar 32. Prevalensi Diare dan Pneumonia Balita di DTPK

Sumber: Riskesdas, 2013; Riskesdas, 2018 dan SSGI, 2021

Gambar 33. Akses Rumah Tangga terhadap Air Minum Layak, Sanitasi Layak dan Ketersediaan Fasilitas Cuci Tangan di DTPK

Sumber: SSGI, 2021

Penyakit menular pada balita pun masih menjadi tantangan di DTPK, misalnya proporsi balita campak di DTPK pun cenderung lebih tinggi dari rata-rata nasional dan **proporsi balita campak tertinggi terdapat di Provinsi Maluku Utara (7,8%)**. Padahal proporsi balita yang mendapat **Imunisasi Campak (69,2%) dan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) di Maluku Utara (71,6%) lebih tinggi** dari rata-rata nasional yaitu 68,7% untuk cakupan imunisasi campak dan 65,8% untuk cakupan IDL.⁸⁸ Namun, untuk membentuk *herd immunity* diperlukan **cakupan imunisasi minimal 95% dan minimal 2 dosis yang diberikan**.⁸⁹

Faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit campak pada balita selain rendahnya cakupan imunisasi adalah **efikasi vaksin yang kurang karena kualitas pelayanan imunisasi belum optimal**. Efikasi vaksin yang rendah sangat dipengaruhi oleh manajemen vaksin dan cara penyuntikan yang tidak sesuai dengan standar.⁹⁰ Rantai dingin vaksin campak di DTPK tidak optimal karena akses listrik yang kurang, sedangkan campak merupakan vaksin yang mudah rusak terhadap paparan panas (*heat sensitive*).⁹¹ **Proses pemberian juga belum sesuai prosedur** misalnya vaksin diletakkan di meja bukan di *coolbox*, disuntikkan di area otot (*intramuscular*) bukan di bawah kulit (sub kutan), dosis yang tidak tepat, penggunaan alat suntik bergantian, dan vaksin yang dipakai sudah berubah warna karena menempuh perjalanan lebih dari 6 jam.

Tabel 9. Proporsi Balita Campak, dan IDL di DTPK

Wilayah	Proporsi balita campak (%)	Balita yang Pernah Mendapat Imunisasi Campak (%)	Proporsi Balita Mendapat IDL (%)
Papua Barat	2,8	67,95	56,7
Papua	4,6	60,75	50,5
NTT	2,5	76,46	75
Maluku	5,6	69,54	63,8
Maluku Utara	7,8	69,22	71,6
Sumatera Utara	2	62,32	59,3
Sulawesi Tengah	3,5	71,21	59,7
Indonesia	3,5	68,67	65,8

Sumber: SSGI, 2021; SUSENAS, 2021

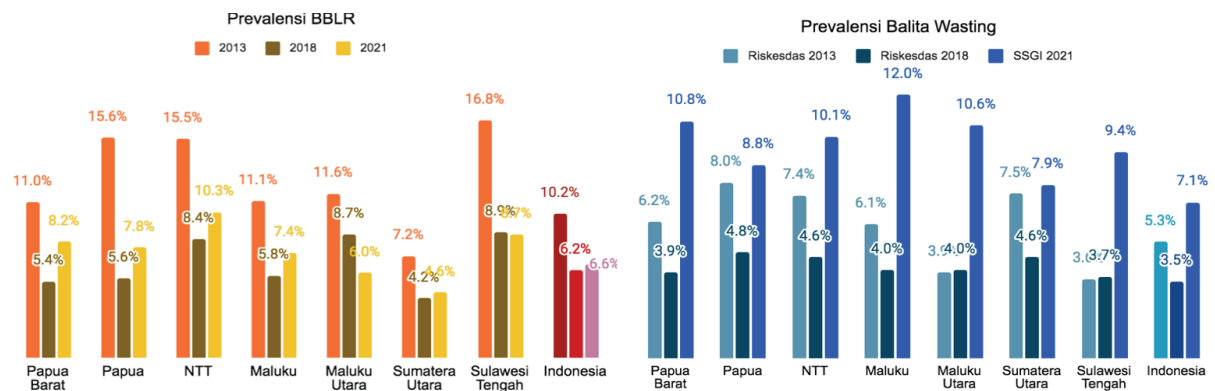
Peningkatan status gizi balita di DTPK masih perlu kerja keras karena **terjadi peningkatan signifikan prevalensi balita *wasting* di seluruh provinsi DTPK. Prevalensi BBLR di Maluku Utara dan Sulawesi Tengah mengalami penurunan, tetapi untuk Papua Barat, Papua, NTT dan Maluku justru terjadi peningkatan (SSGI, 2021)**. Peningkatan signifikan prevalensi *wasting* berpotensi untuk meningkatkan prevalensi *stunting* jika tidak dikelola dengan baik. *Wasting* terjadi karena penurunan berat badan drastis akibat tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi harian anak dan penyakit infeksi seperti diare dan kecacingan yang masih tinggi di DTPK.

⁸⁸. BPS. Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2021; Kementerian Kesehatan. 2022. Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2021

⁸⁹. WHO. 2022. Measles outbreak guide. Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁹⁰. Nic Lochlainn LM, de Gier B, van der Maas N, et al. Immunogenicity, effectiveness, and safety of measles vaccination in infants younger than 9 months: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2019;19(11):1235-1245. doi:10.1016/S1473-3099(19)30395-0

⁹¹. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi

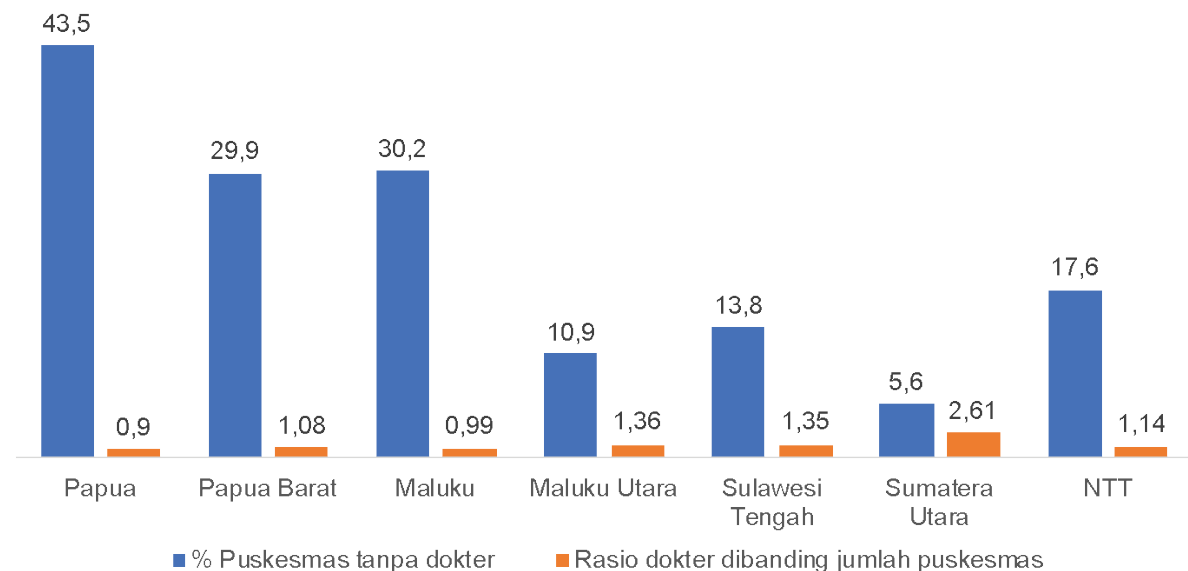
Gambar 34. Prevalensi BBLR dan *Wasting* di DTPK

Sumber: Risikesdas 2013-2018; SSGI, 2021

5.2 Kesiapan Pelayanan KIA di DTPK

Ketersediaan tenaga kesehatan, terutama dokter berpengaruh signifikan terhadap penurunan AKI di mana **setiap penambahan satu dokter berkontribusi terhadap penurunan AKI hingga 3,2%**. Kemudian **keberadaan bidan setiap hari di Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) menurunkan AKI hingga 4,8%**.⁹² Sementara, persentase puskesmas tanpa dokter masih tinggi di Papua (43,5%), Papua Barat (29,9%), Maluku (30,2%) dan NTT (17,6%) jika dibandingkan rata-rata nasional yaitu 7,5%.⁹³

Gambar 35. Proporsi Puskesmas Tanpa Dokter dan Rasio Dokter Dibanding Jumlah Puskesmas di DTPK



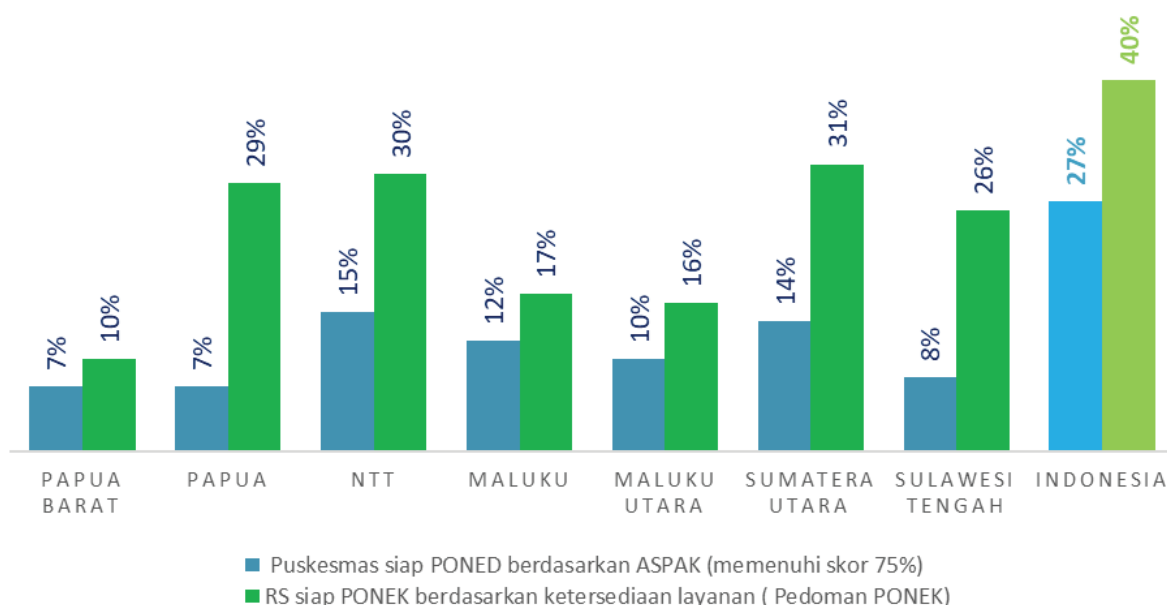
Sumber: Rifaskes, 2019

⁹² Cameron L, Contreras Suarez D, Cornwell K. Understanding the determinants of maternal mortality: An observational study using the Indonesian Population Census. PLoS One. 2019;14(6):e0217386. Published 2019 Jun 3. doi:10.1371/journal.pone.0217386

⁹³ Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019

Ketersediaan bidan melalui Program Bidan Desa sudah dilakukan sejak 1989, tetapi disparitas ketersediaan bidan masih ditemukan yaitu **Puskesmas tanpa bidan tertinggi ada di Papua (16,7%) dan Maluku (8,1%).**⁹⁴ Bidan Desa memiliki beban kerja yang tinggi termasuk penugasan di luar pelayanan KIA sehingga tidak mampu mengelola seluruh ibu hamil yang ada di wilayah kerjanya.⁹⁵ Selain itu, penambahan jumlah bidan desa tidak diimbangi dengan kualitas pemberian pelayanan yang optimal. Keterampilan pemeriksaan dasar para bidan desa baik, tetapi tata kelola klinis terhadap risiko kehamilan masih belum memenuhi standar. Hal ini karena kurangnya pelatihan dasar serta tata laksana kegawatdaruratan maternal perinatal. Sementara, bidan desa di daerah terpencil melakukan tugas di luar kompetensi kebidanan dasar tanpa pengalihan tugas formal dan pendampingan dari tenaga kesehatan yang lebih kompeten⁹⁶.

Gambar 36. Persentase Puskesmas Siap PONED dan RS Siap PONEK Berdasarkan Ketersediaan Layanan di DTPK



Sumber: Kementerian Kesehatan, 2022

Kesiapan pelayanan kegawatdaruratan dan sistem rujukan di DTPK pun belum optimal terlihat dari **rendahnya proporsi Puskesmas siap PONED dan RS siap PONEK** berdasarkan ketersediaan pelayanan. **Selain itu, rujukan di DTPK terkendala transportasi dan jarak tempuh ke fasyankes terdekat.** Setiap tambahan 10 kilometer jarak ibu ke RS, berkaitan dengan 3,9% peningkatan kemungkinan kematian ibu. Risiko kematian ibu di Papua dengan jalan yang belum diaspal dan berjarak 14 kilometer dari layanan kesehatan 6 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan risiko kematian ibu di Jakarta dengan akses jalan yang sangat mudah serta jarak ke fasilitas kesehatan hanya 1-3 kilometer⁹⁷.

Upaya pemerintah untuk peningkatan akses dan kualitas pelayanan KIA di DTPK di lakukan melalui penguatan Puskesmas, Dana Alokasi Khusus (DAK), Afirmasi penempatan tenaga kesehatan dan Program Afirmasi Pendidikan Tinggi Tenaga Kesehatan. Namun, pada implementasinya masih ditemukan tantangan yaitu:

⁹⁴. Kementerian Kesehatan. 2017. Riset Tenaga Kesehatan

⁹⁵. Ranjan Shrestha (2010) The village midwife program and infant mortality in Indonesia, Bulletin of Indonesian Economic Studies, 46:2, 193-211, DOI: 10.1080/00074918.2010.486109

⁹⁶. Middleton, Jennifer Joy. 2014. Laporan Konsultasi Kebidanan

⁹⁷. Cameron L, Contreras Suarez D, Cornwell K. Understanding the determinants of maternal mortality: An observational study using the Indonesian Population Census. PLoS One. 2019;14(6):e0217386. Published 2019 Jun 3. doi:10.1371/journal.pone.0217386

1. **Pembangunan fasilitas dan pemenuhan sarana dan prasarana belum merata dan tidak sesuai standar**
 - Masih terdapat kabupaten tanpa RSUD karena belum beroperasinya RSUD yang dibangun, sehingga pasien masih dirujuk ke kabupaten lain yang menambah biaya bagi pasien dan keluarga
 - Puskesmas terpusat di daerah mudah akses dan proporsi Puskesmas Rawat Inap masih belum memadai di daerah geografis sulit
 - Puskesmas komprehensif perlu lahan luas sehingga dibangun di wilayah yang jauh dari pemukiman penduduk dengan sulit sanitasi, transportasi, listrik dan komunikasi.
2. **Pemenuhan jumlah dan kualitas SDMK belum optimal**
 - Puskesmas tanpa Dokter spesialis terpusat Pulau Jawa dan Bali dan masih terdapat Puskesmas tanpa bidan di Papua (16,7%) dan Maluku (8,1%).⁹⁸
 - Tenaga kesehatan yang ditempatkan belum mampu mengintegrasikan aspek sosial budaya dalam pelayanan KIA sehingga terjadi konflik dengan dukun dan masyarakat lokal.
 - Pemenuhan dokter dan spesialis belum diimbangi dengan fasilitas, jaminan keamanan dan insentif yang memadai sehingga kurang diminati.
 - Formasi penerima Program Afirmasi Pendidikan Tinggi Tenaga Kesehatan **belum sesuai dengan kebutuhan daerah** karena belum ada pemetaan jumlah dan spesifikasi yang akurat.
3. **Regulasi, pembiayaan dan tata kelola belum optimal**
 - Dukungan sarana prasarana dari pusat (misal: alat *telemedicine*, mobil klinik keliling, ambulans, dll) belum bisa dioptimalkan untuk pelayanan jemput bola intensif karena kurangnya komitmen dan kemampuan daerah dalam pemeliharaan dan pemanfaatan yang efektif. Hal ini karena kurang intensifnya pemantauan dan pendampingan dari pemerintah pusat.
 - Pemda belum bisa memfasilitasi permasalahan masyarakat terpencil atau adat yang belum memiliki NIK untuk memiliki Jaminan Kesehatan.
 - Standar pembayaran klaim JKN di Papua dan Papua Barat sama dengan wilayah lainnya. Padahal wilayah Papua dan Papua Barat memiliki kondisi wilayah yang sulit dan ketersediaan transportasi yang berbeda yang berdampak pada pembiayaan pelaksanaan layanan primer dan rujukan.

5.3 Determinan Sosial dalam Pelayanan KIA di DTPK

1) Model pelayanan tidak sesuai dengan kondisi geografis dan kebutuhan masyarakat

Beberapa wilayah terpencil di Indonesia masih terkendala akses secara geografis untuk menjangkau fasilitas kesehatan. Berdasarkan hasil kajian di 25 Provinsi, **73,1% puskesmas daerah pedesaan dan terpencil memiliki keterbatasan akses**, dan 15,2% puskesmas memiliki jarak >100 Km ke tempat wilayah kerja. Ada isolasi geografis yang memisahkan wilayah kerja dengan puskesmas meliputi 54,8% dipisahkan oleh sungai, 23,9% dipisahkan oleh laut, 52,8% dipisahkan oleh gunung dan 53,8% dipisahkan oleh hutan belantara. Sedangkan **waktu tempuh dari pemukiman ke fasilitas Puskesmas paling cepat 10 menit dengan jarak 1 Km dan paling lama 48 jam dengan jarak 180 Km**. Sedangkan, WHO merekomendasikan waktu tempuh < 2 jam untuk pelayanan darurat kebidanan.⁹⁹

⁹⁸ Kementerian Kesehatan. 2020. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan: Puskesmas 2019

⁹⁹ Kaiser, N., Barstow, C.K. Rural Transportation Infrastructure in Low-and Middle-Income Countries: A Review of Impacts, Implication, and Interventions. Sustainability 2022, 14, 2019.

Sedangkan pelayanan *outreach* jarang dilakukan di DTPK terutama kunjungan rumah ibu risiko tinggi dan bayi BBLR, kunjungan ke Posyandu dan Puskesmas keliling (*Pusling*), dan kegiatan pemberdayaan masyarakat di DTPK jarang dilakukan karena dukungan fasilitas dan pembiayaan untuk operasional Puskesmas tidak menyesuaikan dengan kebutuhan yang sesuai kondisi geografis setempat.^{100,101} Program Pelayanan Kesehatan bergerak yang menjadi intervensi untuk peningkatan akses layanan kurang optimal karena bersifat musiman sehingga **tindak lanjut pemeriksaan dan penanganan pasien tidak berkesinambungan**.⁸⁴ Selain itu, **kemitraan bidan-dukun tidak optimal** karena jumlah dukun terlalu banyak, pembinaan dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan tidak rutin, serta terdapat dukun yang tidak mendapat insentif dan dilibatkan dalam kegiatan posyandu.¹⁰²

2) Kepercayaan dan Praktik Budaya Kurang Mendukung

Di daerah terpencil dan suku etnis di Jawa Barat dan NTT, keluarga percaya **persalinan proses alamiah dan kodrat sehingga berobat jika parah**. Selain itu, keluarga **tidak percaya pada pelayanan yang diberikan oleh bidan muda dan malu menggunakan JKN** sehingga memilih untuk bersalin di rumah oleh dukun atau memanggil bidan senior.

Dalam budaya tertentu, **ibu hamil, ibu nifas dan bayi perlu menaati berbagai pantangan terkait makanan** sehingga asupan makanan tidak memenuhi gizi seimbang yang menyebabkan anemia dan kurang gizi pada ibu hamil.¹⁰³ Tradisi di Desa Manunggang Jae, Kota Padangsidempuan, Provinsi Sumatera Utara memberikan asap atau pemanas pada ibu yang baru saja melahirkan bayinya selama 40 hari. Selama Marapi, ibu dan bayi akan menghirup polusi udara karena bahan bakar yang digunakan untuk Marapi berasal dari energi biomassa, seperti arang, kayu bakar, daun jeruk, dan daun cengkeh. Pembakaran tidak sempurna dari bahan bakar ini akan menimbulkan dampak buruk bagi kesehatan ibu dan anak, terutama alergi, iritasi, karsinogenik, dan ISPA.¹⁰⁴ Selain itu, tradisi Mindiptana di Boven Digoel yang melakukan pengasingan ibu nifas menyebabkan tanda bahaya dan status kesehatan ibu dan bayi tidak terpantau serta berpotensi menimbulkan gangguan mental ibu dan meningkatkan risiko komplikasi pasca persalinan.¹⁰⁵

¹⁰⁰. Widayatun, Fatoni, Z., Astuti, Y., Ghani, M.W., Hastuti, P. (2020). Policy Paper : Strategi Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak untuk Orang Asli Papua (OAP) di Provinsi Papua Barat. LIPI: Jakarta. 10.31219/osf.io/nv5jc

¹⁰¹. Laksono, Agung & Rachmawaty, Tety. (2013). Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak di Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil.

¹⁰². Aryastami NK, Mubasyiroh R (2021). Traditional practices influencing the use of maternal health care services in Indonesia. PLoS ONE 16(9): e0257032. <https://doi.org/10.1371>

¹⁰³. Kasnodiharjo, Kristiana, L. 2013. Praktek Budaya Perawatan Kehamilan di Desa Gadingsari Yogyakarta. Jurnal Kesehatan Reproduksi, Vol. 3, No. 3, Desember 2012: 113-123.

¹⁰⁴. Dewi, R., et al. 2020. Postpartum Maternal Care Tradition in Manunggang Jae Village Padang Sidempuan City, Indonesia. Britain International of Exact Sciences (BloEx) Journal, Vol. 2, No. 1, January 2020, page 231-239.

¹⁰⁵. Laksono, Agung & Rachmawaty, Tety. (2013). Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak di Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil.



BAB 6
KAPASITAS SISTEM
KESEHATAN

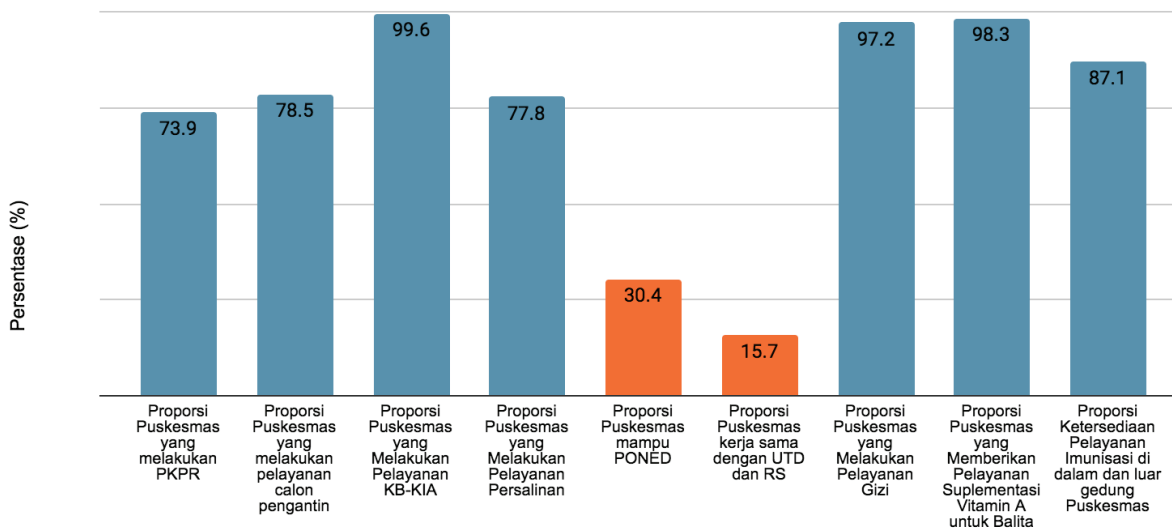


6.1 Kesiapan Sarana, Farmasi dan Logistik Kesehatan

6.1.1 Kesiapan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer

Sebagian besar Puskesmas telah melakukan pelayanan rutin KIA seperti pelayanan kesehatan peduli remaja, pelayanan calon pengantin, persalinan, pelayanan MTBS, pelayanan gizi, suplementasi vitamin A balita, serta imunisasi di dalam dan luar gedung. Namun, **hanya 58% Puskesmas yang memiliki ruang bersalin tersendiri**, sisanya 16,1% bergabung dengan ruang perawatan lain dan 25,9% tidak memiliki ruang bersalin. Kesiapan terhadap pelayanan kegawatdaruratan masih kurang karena **30,4% Puskesmas mampu PONED serta 15,7% kerja sama dengan Unit Transfusi Darah (UTD) dan Rumah Sakit**.¹⁰⁶ Padahal, pelayanan kegawatdaruratan merupakan kunci keberhasilan penyelamatan hidup untuk ibu, bayi dan balita di Puskesmas yang merupakan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dengan masyarakat.

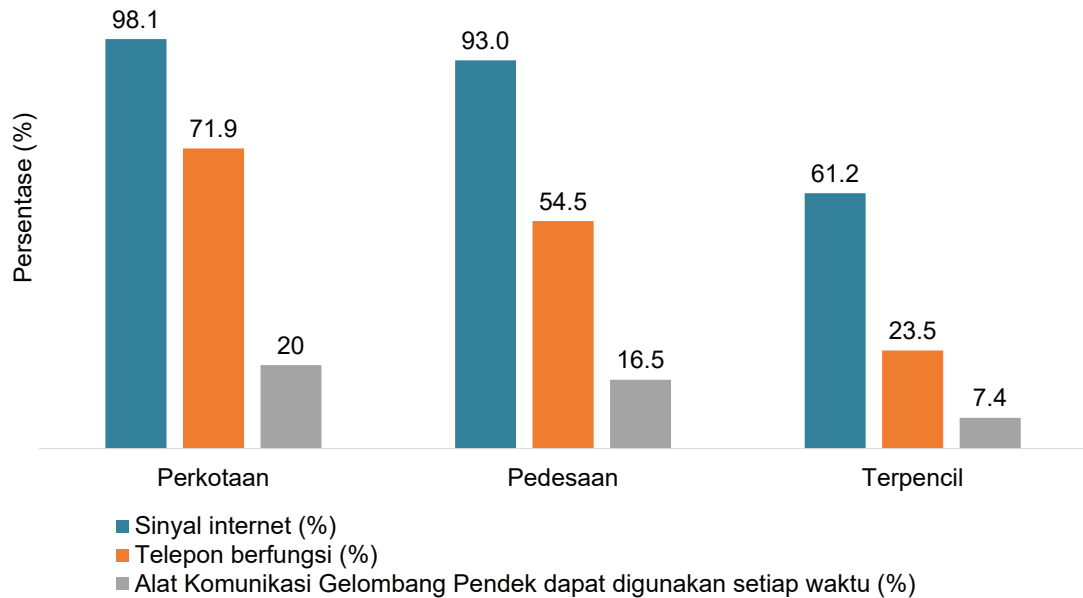
Gambar 37. Proporsi Puskesmas yang Menyediakan Pelayanan KIA



Sumber: Rifaskes, 2019

Berdasarkan Rifaskes 2019, sebagian besar Puskesmas di perkotaan (98,1%) dan pedesaan (93%) sudah terdapat sinyal internet. Namun **keberfungsian telepon sebagai alat komunikasi masih kurang**. Puskesmas di daerah terpencil memiliki sarana komunikasi yang rendah, bahkan ketersediaan alat komunikasi gelombang pendek yang merupakan alat komunikasi minimal di daerah terpencil masih rendah (7,4%). **Hal ini menjadi tantangan untuk pertukaran informasi antar fasilitas kesehatan ketika merujuk pasien** komplikasi dan kondisi kegawatdaruratan. **Listrik 24 jam** sudah tersedia hampir di seluruh Puskesmas perkotaan (97,7%) dan pedesaan (95,9%), tetapi di daerah terpencil masih cukup rendah yaitu 68,3%. Proporsi Puskesmas terpencil yang memiliki generator listrik pun masih 73,5%. **Hampir semua Puskesmas di perkotaan memiliki kualitas air yang baik** (93,5%). Namun masih belum optimal proporsi di daerah pedesaan yaitu 89,8% dan terpencil yaitu 76,7%.

¹⁰⁶. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019

Gambar 38. Proporsi Puskesmas Memiliki Sarana Komunikasi Berdasarkan Geografis

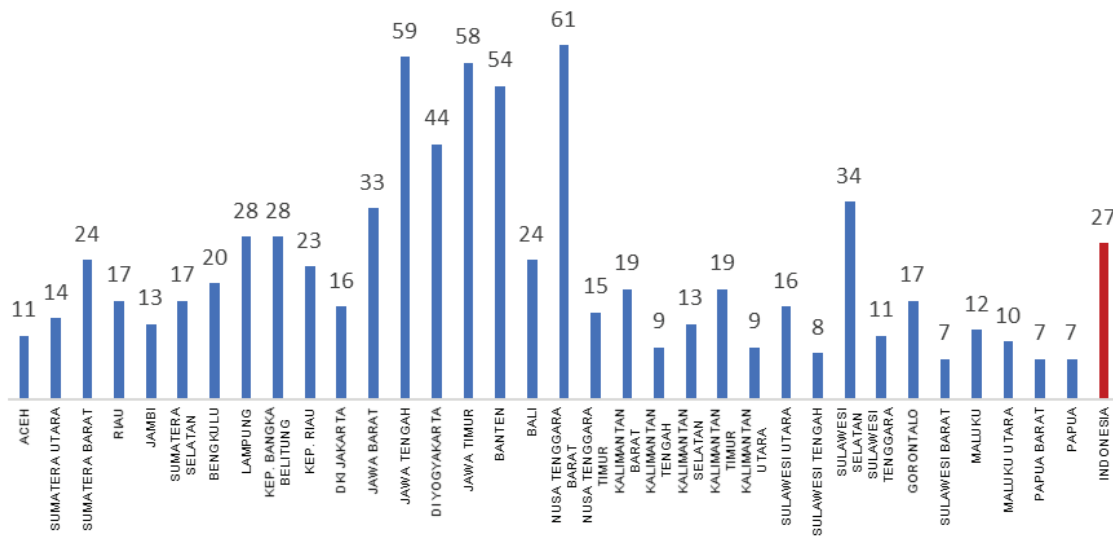
Sumber: Rifaskes, 2019

Rendahnya pemeriksaan laboratorium pada pemeriksaan ANC sejalan dengan kepemilikan laboratorium yang terbatas yaitu hanya **49,2% Puskesmas rawat inap yang memiliki laboratorium tersendiri**. Selain itu, dari total Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan ibu, **98,7% melakukan pelayanan persalinan, 81,8% melakukan pelayanan pasca persalinan, namun hanya 67,4% memberikan obat oksitosin oral, 53,7% memberikan obat anti kejang pada ibu hamil dan 56,9% melakukan manual plasenta.**¹⁰⁷

Secara nasional, **hanya 27% Puskesmas siap PONED berdasarkan 75% kelengkapan standar sarana, prasarana dan alkes sesuai pedoman**. Bahkan di Provinsi dengan jumlah kematian tertinggi pun masih belum optimal yaitu **32% di Jawa Barat, 58% di Jawa Timur, 59% di Jawa Tengah dan 54% di Banten**. Kriteria sarana yang dinilai yaitu ketersediaan ruang persalinan dan ruang rawat pasca persalinan. Kriteria prasarana yang dinilai yaitu ketersediaan sumber listrik, ambulans, pengolahan limbah, jaringan internet, dan sumber air. Kriteria penilaian alkes yaitu ketersediaan 70 jenis alat kesehatan sesuai pedoman PONED.

¹⁰⁷. Kementerian Kesehatan. 2020. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan 2019: Puskesmas

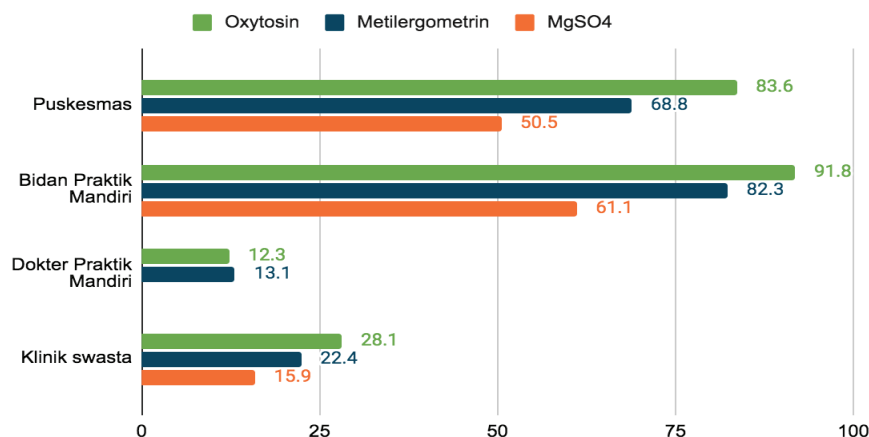
Gambar 39. Proporsi Puskesmas Siap PONED yang Memenuhi 75% Ketersediaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan



Sumber: Kementerian Kesehatan, 2022

Sebagian besar persalinan dilakukan di fasyankes swasta yaitu **29,6% di tempat praktik mandiri tenaga kesehatan (bidan, dokter, perawat) dan 4,9% di klinik swasta**, sedangkan hanya 12,1% dilakukan di Puskesmas.¹⁰⁸ Namun, **kesiapan keseluruhan pelayanan kesehatan swasta masih berada di bawah Puskesmas dan paling rendah pada penyediaan obat, vaksin dan alat kesehatan**. Selain itu, pelayanan obstetri dasar dan persalinan di fasyankes swasta masih kurang.¹⁰⁹ Ketersediaan obat kegawatdaruratan yang krusial seperti **Oxytocin, MgSO₄ dan Methylergometrine** di klinik swasta jauh lebih rendah ketersediaannya daripada di Puskesmas dan Bidan Praktik Mandiri.¹¹⁰

Gambar 40. Ketersediaan Obat Emergeni Saat Persalinan di Puskesmas, Bidan Praktik Mandiri, Dokter Praktik Mandiri dan Klinik Swasta



Catatan: Data ketersediaan MgSO₄ di dokter praktik mandiri tidak tersedia di Laporan Rifaskes 2019

Sumber: Rifaskes, 2019

¹⁰⁸. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018

¹⁰⁹. Yap, Wei Aun & Pambudi, Eko & Marzoeki, Puti & Cain, Jewelwayne & Tandon, Ajay. (2017). Revealing the Missing Link: Private Sector Supply-Side Readiness for Primary Maternal Health Services in Indonesia. 10.1596/27469.

¹¹⁰. Kementerian Kesehatan. 2020. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan: Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya 2019

Di sisi lain, **praktik mandiri tenaga kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS memiliki kesiapan total lebih baik**, terutama untuk prosedur diagnostik dan pelayanan ANC¹¹¹. Oleh karena itu, praktik mandiri tenaga kesehatan yang sudah bekerja sama dengan BPJS berpotensi untuk peningkatan akses pelayanan ANC. Untuk memastikan penjagaan kualitas, perlu intensifikasi, kendali mutu dan biaya serta peningkatan pendampingan kepada praktik mandiri tenaga kesehatan oleh pemerintah daerah dan Puskesmas.

Tabel 10. Kesiapan Pelayanan KIA di Puskesmas, Praktik Mandiri dan Klinik Swasta

<i>Service Readiness Index</i>	Puskesmas	Praktik Mandiri Tenaga kesehatan total	Praktik Mandiri Tenaga kesehatan Bekerja sama BPJS	Klinik swasta total	Klinik swasta bekerja sama BPJS
Kesiapan total	79%	68%	76%	71%	74%
Sanitasi dasar	87%	71%	71%	79%	86%
Sarana pendukung	88%	76%	88%	77%	81%
Pencegahan Infeksi sesuai standar	88%	82%	88%	85%	91%
Prosedur Diagnostik	61%	62%	80%	60%	60%
Obat, Vaksin dan Alat Kesehatan	72%	48%	53%	52%	51%
Antenatal Care	87%	68%	79%	76%	78%
Pelayanan obstetri dasar dan persalinan	74%	60%	66%	67%	70%

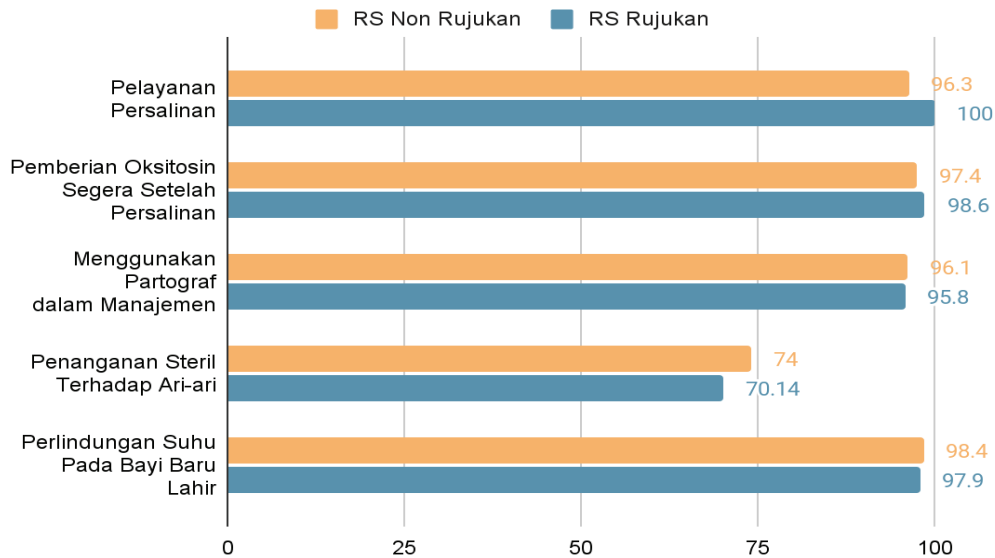
6.1.2 Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan

Berdasarkan Rifaskes 2019, seluruh RS Rujukan dan 96,3% RS Non Rujukan telah memberikan **pelayanan persalinan dengan adekuat** pada pemberian oksitosin segera setelah persalinan, penggunaan partograf dalam manajemen persalinan dan perlindungan suhu pada bayi baru lahir. Namun, masih **cukup rendah pada penanganan steril terhadap ari-ari/plasenta**. Pemberian oksitosin segera dapat menguatkan kontraksi rahim sehingga dapat mencegah perdarahan pada persalinan. Penggunaan partograf sangat penting untuk memonitor kemajuan proses persalinan baik di RS maupun Puskesmas sehingga bisa memberikan peringatan dini jika terjadi kendala dan bisa bertindak lebih cepat berdasarkan grafik kemajuan.^{112,113}

¹¹¹. Yap, Wei Aun & Pambudi, Eko & Marzoeki, Puti & Cain, Jewelwayne & Tandon, Ajay. (2017). Revealing the Missing Link: Private Sector Supply-Side Readiness for Primary Maternal Health Services in Indonesia. 10.1596/27469.

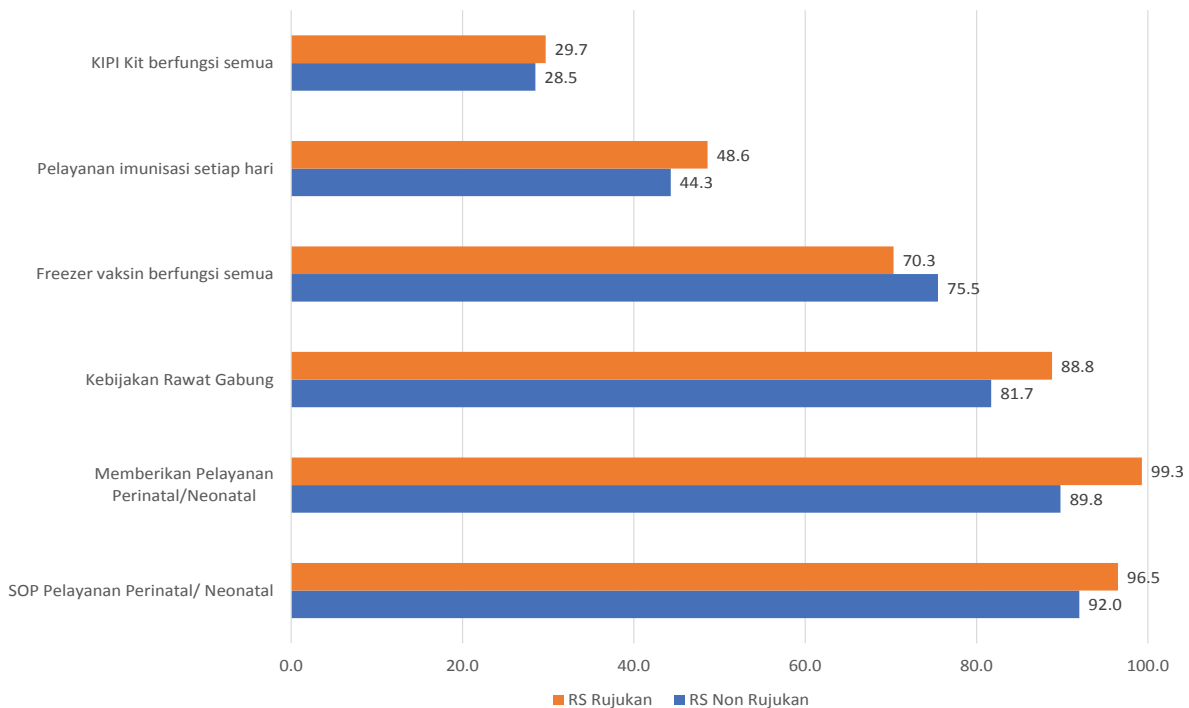
¹¹². WHO 2018. WHO recommendation on the use of active phase partograph with a four-hour action line for monitoring the progress of labour.

¹¹³. Chouhan YS, Sharma A, Megha Agrawal M. A Randomized Comparative Study Of Progress Of Labour And Fetal Outcome Of Delivery Amongst Spontaneous Versus Induced Labour In Term Pregnancy Primi Gravida Of Using Modified WHO Partograph In The Department Of Obstetrics And Gynecology Sms Medical College, Jaipur. International Journal of Medical and Biomedical Studies. 2018: 75. Volume 3, Page No. 88-93. <https://www.ijmbs.info/index.php/ijmbs/article/view/806/638>

Gambar 41. Ketersediaan Fasilitas Persalinan di RS Rujukan dan Non-Rujukan Pemerintah

Sumber: Rifaskes, 2019

Pelayanan perinatal dan neonatal sudah diberikan oleh 99,3% RS Rujukan dan 89,8% RS Non Rujukan. Namun **pelayanan imunisasi setiap hari** hanya diberikan oleh 48,6% RS Rujukan dan 44,3% RS Non Rujukan. Terkait implementasi RS Sayang Bayi, **ketersediaan kebijakan pemberian ASI Eksklusif sudah cukup baik**. Namun **ketersediaan Klinik Laktasi masih kurang optimal** di RS Rujukan maupun Non Rujukan.

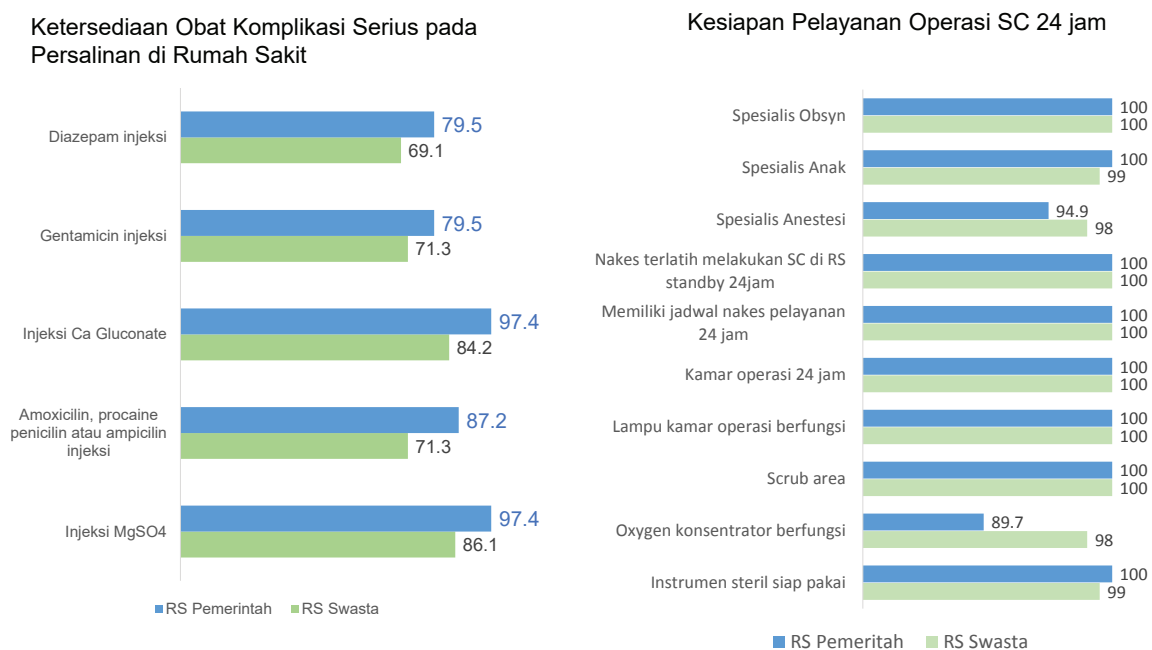
Gambar 42. Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Bayi dan Anak di RS Rujukan dan Non-Rujukan Pemerintah

Sumber: Rifaskes, 2019

Untuk pelayanan kegawatdaruratan, RS Rujukan memiliki ketersediaan akses 24 jam yang lebih baik daripada RS Non Rujukan untuk pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal di mana persentase seluruh kriteria di RS Non rujukan di bawah 80%. Perbedaan yang signifikan terutama pada **pelayanan darah di RS Non Rujukan 55,9% sedangkan di RS Rujukan 85,40%, ketersediaan NICU di RS Non rujukan 39,5% sedangkan di RS Rujukan 76,40%**. Selain itu waktu tanggap pelayanan darah sesuai pedoman masih rendah baik di RS Rujukan (68,10%) maupun di RS Non Rujukan (45,3%).

Pemanfaatan RS swasta pun mengalami peningkatan signifikan sejak implementasi JKN untuk semua jenis layanan KIA. Peningkatan paling tinggi adalah jumlah operasi SC tahunan meningkat 49% dari tahun 2013 ke 2016 pada RS yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.¹¹⁴ **Pertumbuhan signifikan RS Swasta terutama yang bersifat profit dan tipe C, tidak diiringi dengan kesiapan yang memadai**, misalnya ketersediaan obat untuk pelayanan komplikasi persalinan yang serius di RS swasta lebih rendah dari RS Pemerintah. Namun, kesiapan untuk operasi SC 24 jam tidak jauh berbeda antara RS Pemerintah dan Swasta. Selain itu, di 5 Provinsi intervensi *project* USAID-Momentum, hanya 56,7% (47 dari 83) RS Swasta yang berstatus PONEK.¹¹⁵

Gambar 43. Kesiapan Operasi SC 24 dan Ketersediaan Obat Komplikasi Serius Persalinan di RS Pemerintah dan Swasta



Sumber: MOMENTUM Private Healthcare Delivery Report 2022¹⁵

6.2 Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sumber daya manusia bidang kesehatan (*health workforces*) baik tenaga kesehatan maupun tenaga pemberdayaan masyarakat/kader menjadi kunci dari terselenggaranya pelayanan KIA yang berkualitas karena tenaga kesehatan dan kader berinteraksi langsung dengan pasien dan masyarakat serta mengontrol pemanfaatan sumber daya yang ada. Sehingga, pemenuhan dan peningkatan kualitas

¹¹⁴. Teplitskaya, L & Dutta, A. 2018. Apakah Skema Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia Meningkatkan Akses ke Layanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir?

¹¹⁵. MOMENTUM Private Healthcare Delivery Report 2022; Dwirani, A. 2022. Gambaran Terkini dan Penguatan ke Depan Tata Kelola Klinis Pelayanan KIB di Fasyankes Swasta yang dipaparkan dalam FGD Penguatan Tata Kelola Klinis 1 November 2022: Bappenas

tenaga kesehatan sangat penting baik dalam hal produksi/pengembangan, pengelolaan (kebijakan, perencanaan, pendayagunaan, pemantauan, pembinaan dan evaluasi) serta optimalisasi ketersediaan dan kualitas tenaga kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang ada.¹¹⁶

Berdasarkan Permenkes 21 tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual, jenis tenaga kesehatan yang esensial untuk KIA adalah bidan, perawat, dokter umum, spesialis anak, spesialis kandungan, dan teknisi pelayanan darah. Namun, **belum ada pembagian uraian tugas yang terstruktur mengenai tugas mandiri profesi maupun tugas kolaboratif/ pendelegasian antar tenaga kesehatan dalam pelayanan KIA**¹¹⁷. Padahal, kejelasan tugas dan wewenang merupakan kunci utama dalam praktik kolaborasi antar tenaga kesehatan untuk mengurangi miskomunikasi dan kesalahan prosedur.¹¹⁸ Selain itu, kejelasan tugas dan wewenang juga mendorong sistem remunerasi yang adil dan menghindari persaingan tidak sehat antar tenaga kesehatan. Kolaborasi yang efektif dapat meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dan kualitas pelayanan kepada pasien.¹¹⁹

6.2.1 Ketersediaan dan Distribusi

Standar Ketenagaan Puskesmas menurut Permenkes No. 75 tahun 2014 disesuaikan dengan lokasi geografis yaitu perkotaan, pedesaan dan terpencil serta status rawat inap dan non rawat inap. Tenaga kesehatan yang ada di puskesmas paling sedikit terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga promosi kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, nutrisionis, tenaga apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian, dan ahli teknologi laboratorium medik. **Hanya 49,4% Puskesmas yang memiliki lengkap 9 jenis tenaga kesehatan** sesuai Permenkes No 75 Tahun 2014. Selain itu, **masih kekurangan jumlah untuk tiap jenis tenaga kesehatan utama untuk KIA di Puskesmas yaitu dokter, bidan, perawat dan ATLM.**¹²⁰

Tabel 11. Gambaran Kekurangan Dokter, Perawat, Bidan dan ATLM di Puskesmas

Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah dan Persentase Puskesmas yang kekurangan	Jumlah kekurangan tenaga kesehatan
Dokter	1.741 (17%)	1.949
Perawat	1.323 (13%)	3.247
Bidan	896 (9%)	2.171
ATLM	2.768 (26%)	2.768

Sumber: SISDMK, Kementerian Kesehatan (Juni 2022)

¹¹⁶ WHO. 2016. Global strategy on human resources for health: workforce 2030.

¹¹⁷ Setiadi, Adji & Wibowo, Yosi & Herawati, Fauna & Irawati, Sylvi & Setiawan, Eko & Presley, Bobby & Zaidi, M. & Sunderland, Vivian. (2017). Factors contributing to interprofessional collaboration in Indonesian health centres: A focus group study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 8. 69-74. 10.1016/j.xjep.2017.06.002.

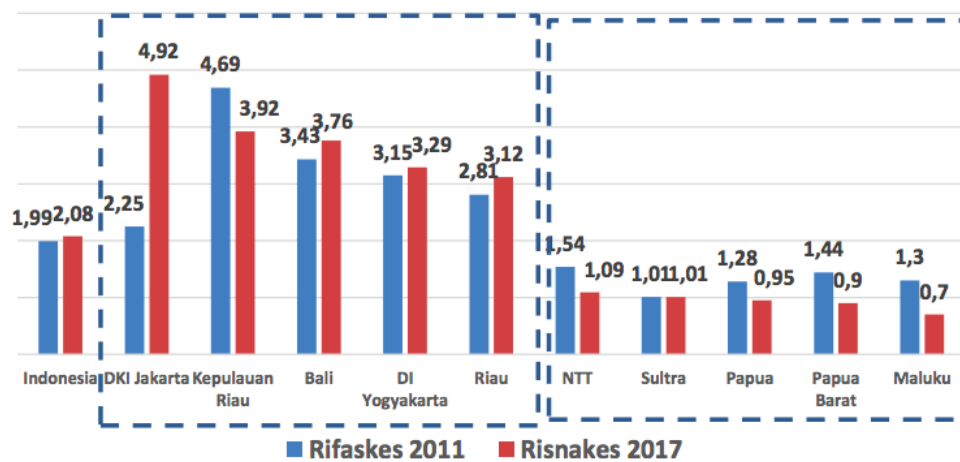
¹¹⁸ WHO. 2010. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice

¹¹⁹ Watkins V, Nagle C, Kent B, et al. Labouring Together: collaborative alliances in maternity care in Victoria, Australia—protocol of a mixed-methods study. *BMJ Open* 2017;7:e014262. doi:10.1136/bmjopen-2016-014262

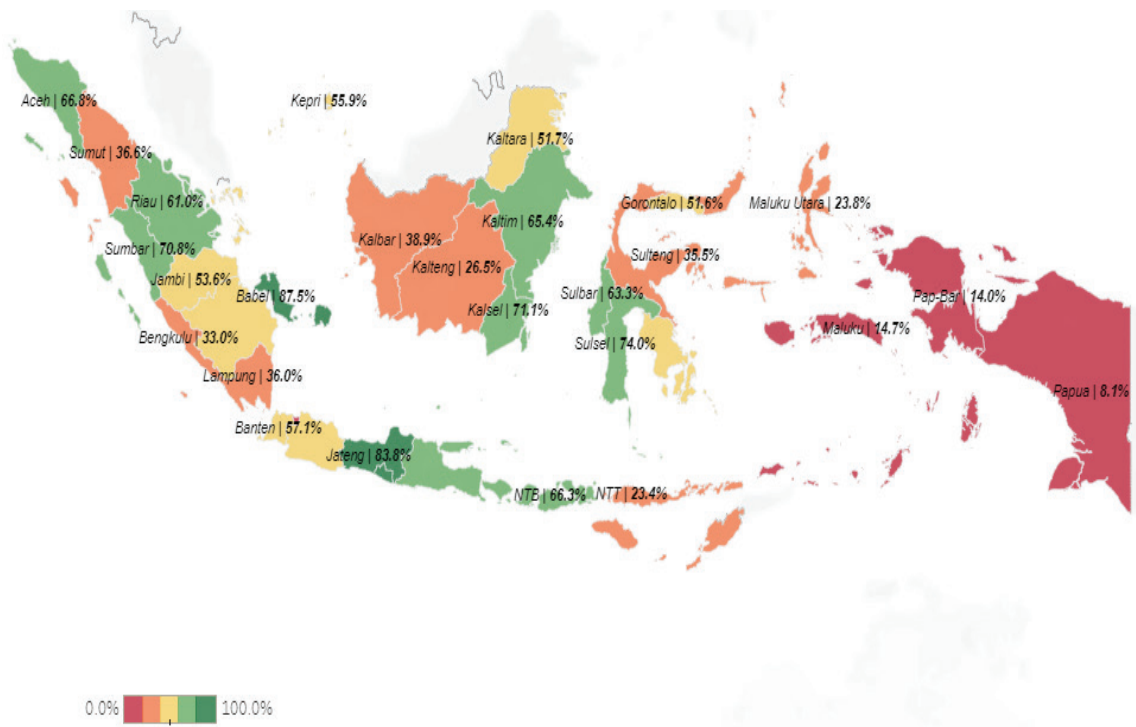
¹²⁰ Kementerian Kesehatan. Sistem Infomasi SDM, Juni 2022

Proporsi Puskesmas tanpa dokter tahun 2021 adalah 5,0%¹²¹ (Kementerian Kesehatan, 2022) sudah menurun dari tahun 2017 yaitu 7,7%¹²² dan 7,5% tahun 2019¹²³. Tahun 2022, rasio dokter di Indonesia baru mencapai 0,42/1000 penduduk masih di bawah rekomendasi WHO yaitu 1/1000 penduduk. Selain itu, yang perlu diperhatikan adalah hampir 50% kekosongan tersebut terjadi di wilayah timur Indonesia dan terdapat penurunan rasio dokter di puskesmas dari tahun 2011-2019 di wilayah timur yang bersamaan dengan peningkatan rasio dokter di puskesmas di wilayah barat Indonesia. Hal tersebut menyebabkan **disparitas ketersediaan dokter semakin melebar di Puskesmas wilayah barat dengan wilayah timur Indonesia.**

Gambar 44. Perbandingan Rasio Dokter per Puskesmas antara Rifaskes 2011 dengan Risnakes 2017 untuk Provinsi Wilayah Barat dan Timur



Gambar 45. Peta Pemenuhan 9 jenis Tenaga Kesehatan Puskesmas berdasarkan Provinsi



Sumber: Sistem Informasi SDM per 1 September 2022, <https://sisdmk.kemkes.go.id/>

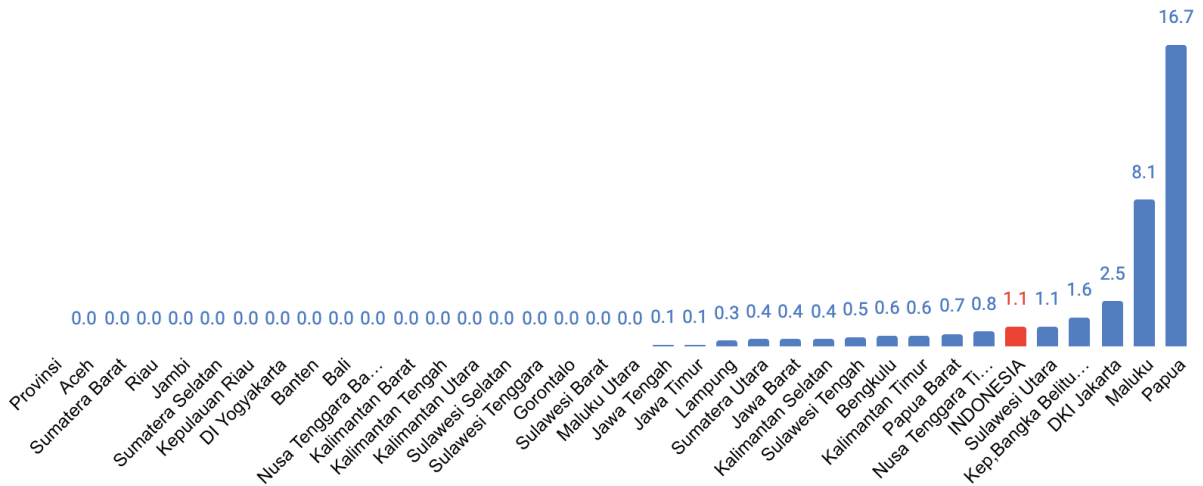
¹²¹ Kementerian Kesehatan. Sistem Informasi SDM, Juni 2022

¹²² Kementerian Kesehatan. 2018. Laporan Hasil Riset Tenaga Kesehatan (Risnakes) 2017

¹²³ Kementerian Kesehatan. 2020. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan: Puskesmas 2019

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang paling banyak melakukan pelayanan KIA yaitu 62,7% penolong persalinan kualifikasi tertinggi, 82,4% pemberi pelayanan ANC, dan 51% pemberi pelayanan bayi baru lahir.¹²⁴ Walaupun secara nasional jumlah tenaga bidan sudah mencukupi, **masih ada kesenjangan** yang ditandai dengan persentase **Puskesmas tanpa bidan tertinggi ada di Papua (16,7%) dan Maluku (8,1%)**.

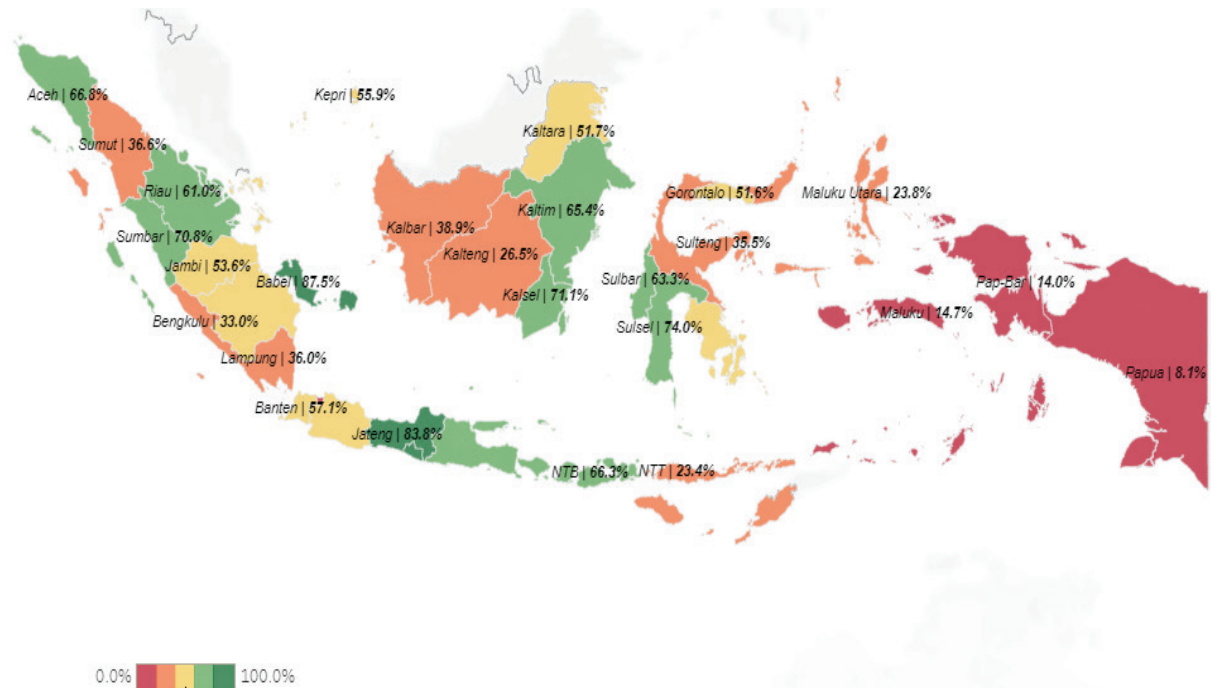
Gambar 46. Persentase Puskesmas Tanpa Bidan Berdasarkan Provinsi



Sumber: Risnakes, 2017

Berdasarkan SISDMK pada tahun 2022, terdapat **58,7% RSUD yang memiliki 7 jenis dokter spesialis prioritas** (anak, kandungan, penyakit dalam, bedah, anestesi, patologi klinik dan radiologi), meningkat dari hasil Rifaskes 2019 yaitu **24,69%** sesuai Permenkes Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Namun, **distribusi masih belum merata** dengan persentase terendah terdapat di wilayah bagian timur yaitu Papua, Maluku, dan Maluku Utara.

Gambar 47. Peta Ketersediaan 7 Jenis Dokter Spesialis di RSUD Berdasarkan Provinsi

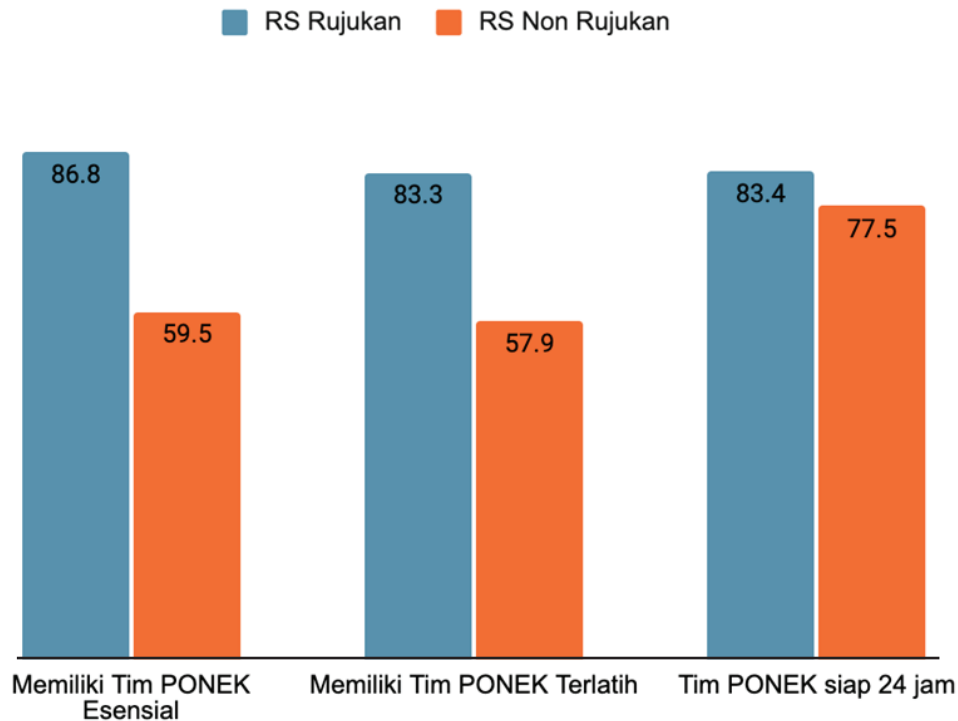


Sumber: Sistem Informasi SDM per 1 September 2022, <https://sisdmk.kemkes.go.id/>

¹²⁴. Kementerian Kesehatan. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018

Keberadaan Tim PONEK sangat penting untuk penanganan kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Namun, **RS Non rujukan memiliki persentase lebih rendah dari RS Rujukan** pada ketersediaan Tim PONEK Esensial, Tim PONEK terlatih dan Tim PONEK siap 24 jam.

Gambar 48. Ketersediaan dan Kesiapan Tim PONEK di RS



Sumber: Rifaskes, 2019

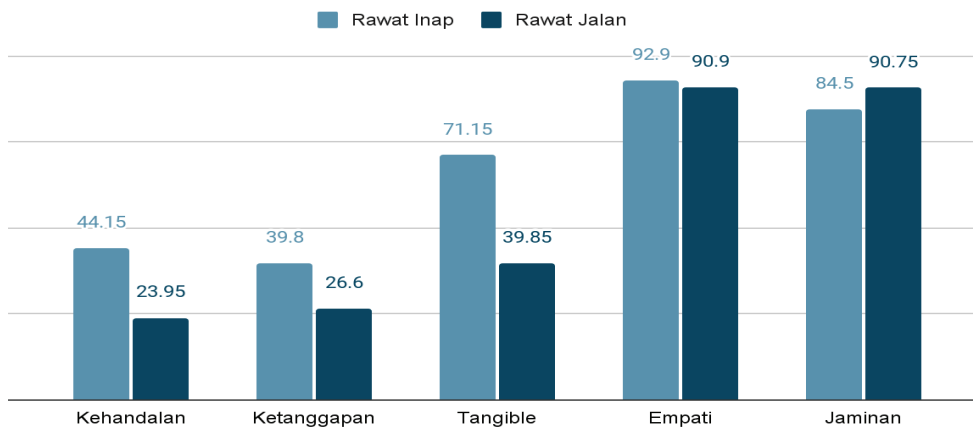
Upaya pemenuhan tenaga kesehatan telah dilakukan pemerintah dengan skema **penugasan khusus tim dan individu untuk Puskesmas dan pendayagunaan dokter spesialis dan penugasan khusus residen**. Namun, intervensi penempatan tenaga kesehatan yang berasal dari daerah asal (putra daerah) memiliki keberlanjutan yang rendah karena bersifat temporer. Faktor penarik seperti fasilitas kehidupan layak, kesejahteraan dan peluang pengembangan karir juga tidak sesuai dengan kebutuhan tenaga kesehatan.¹²⁵ Upaya yang dilakukan **belum cukup untuk memenuhi ketersediaan yang merata untuk dokter, dokter spesialis anak dan dokter spesialis kandungan**.

6.2.2 Kinerja dan Kompetensi SDM

Secara umum, pasien menilai kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan **pelayanan secara akurat/andal dan tanggap masih rendah** di Puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap. Pelayanan andal yaitu kemampuan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan janji yang ditawarkan dan sesuai dengan prosedur. Pelayanan yang tanggap yaitu keinginan dan kesigapan petugas membantu pasien dengan cepat kepada pasien.¹²⁶

¹²⁵. Witter, S., Hamza, M.M., Alazemi, N. et al. Human resources for health interventions in high- and middle-income countries: findings of an evidence review. *Hum Resour Health* 18, 43 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00484-w>

¹²⁶. Kementerian Kesehatan. 2018. Laporan Hasil Riset Tenaga Kesehatan (Risnakes) 2017

Gambar 49. Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Sumber: Risnakes, 2017

Terkait kualitas penanganan kegawatdaruratan tenaga kesehatan di Puskesmas maupun praktik mandiri **masih sangat rendah untuk ketanggapan dan kepatuhan terhadap protokol** penanganan perdarahan *post partum* di 30 menit pertama. Proporsi dokter Puskesmas yang **memberikan oksitosin dan ergometrin** lebih rendah pada bidan puskesmas dan praktik mandiri. Namun proporsi dokter yang **memasang infus, memberikan terapi cairan, mengecek tanda syok, dan merujuk ke RS** lebih tinggi dari bidan puskesmas dan praktik mandiri¹²⁷. Hal ini sejalan dengan kajian oleh Meilala, et.al (2021) bahwa kualitas kinerja bidan yang dianggap kurang adalah **keterampilan klinis**, seperti menentukan komplikasi maternal dan menentukan waktu untuk merujuk ke fasilitas yang lebih tinggi. **Kualitas pelayanan bidan ini erat hubungannya dengan kualitas pendidikan**¹²⁸.

Tabel 12. Hasil Observasi Kemampuan Tenaga Kesehatan berdasarkan Vignette terhadap Tata Laksana Pasien dengan Indikasi Perdarahan *Post Partum*

Tindakan 30 menit pertama	% Dokter Puskesmas yang melakukan	% Bidan Puskesmas yang melakukan	% Bidan Praktik yang melakukan
Memasang infus	64	65	52
Memberikan terapi cairan intravena	36	21	29
Mengecek tanda syok	10	0	0
Mengecek kontraksi janin	2	2	4
Memberikan oksitosin	30	43	42
Memberikan ergometrin	16	17	20
Kompresi bimanual rahim	12	22	13
Kompresi aorta eksternal	0	14	5
Merujuk ke Rumah Sakit	41	47	44
Mengecek perdarahan rahim	2	2	3

Sumber: Yap, Wei Aun, et.al, 2017

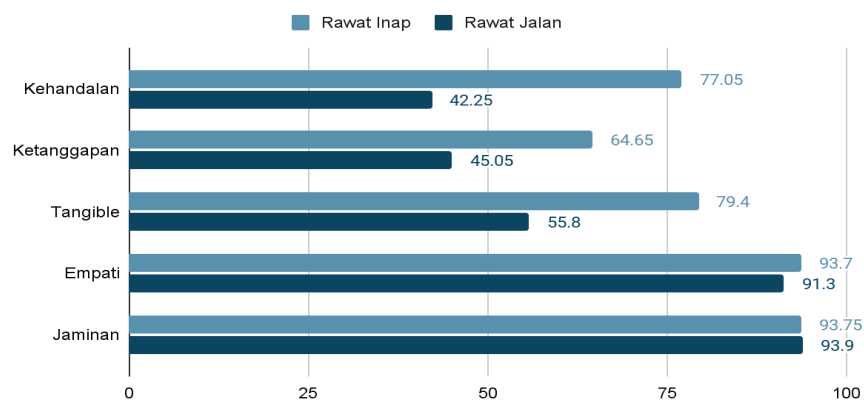
¹²⁷. Yap, Wei Aun & Pambudi, Eko & Marzoeki, Puti & Cain, Jewelwayne & Tandon, Ajay. (2017). Revealing the Missing Link: Private Sector Supply-Side Readiness for Primary Maternal Health Services in Indonesia. 10.1596/27469.

¹²⁸. Meilala, A. Rarasati, S. Analisis Situasi Tenaga Kerja Bidan 2021. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, FKMK UGM

Hasil Risnakes 2017 menunjukkan bahwa pada 90,2% puskesmas terdapat tenaga kesehatan yang **mengerjakan tugas di luar latar belakang pendidikan dan atau kompetensi yang dimiliki**. Terdapat 95,9% tenaga kesehatan yang mengerjakan tugas di luar kompetensi di bidang manajemen dan 66,1% di bidang tata laksana pasien. Masih ditemukan ($\leq 5\%$) tindakan medis dokter yang dilakukan oleh tenaga farmasi, analis, gizi, kesehatan lingkungan dan kesehatan masyarakat yang tidak memiliki kompetensi dan latar belakang keilmuan klinis medis. Selain itu, masih terdapat **12,8% Puskesmas yang bidannya menolong persalinan dengan vakum dan 6,1% Puskesmas yang bidannya melakukan kuretase**. Merujuk pada standar kompetensi profesi bidan¹²⁹, persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi *forcep* induksi persalinan) merupakan level kompetensi 2 (melihat dan mengamati keterampilan) untuk profesi bidan dan ahli madya kebidanan. Selain itu, menurut Permenkes Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, **pelimpahan tindakan dilakukan jika tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki** oleh penerima pelimpahan dan tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan. Dampak dari pendelegasian tugas di luar kompetensi di Puskesmas Rawat Inap adalah pasien meninggal (13%), pasien cacat (15,6%), kecelakaan kerja bagi tenaga kesehatan (26%), tenaga kesehatan tertular penyakit akibat dari pasien (5,2%) dan sanksi administrasi kepada tenaga kesehatan (35,10%)¹³⁰

Berdasarkan Risnakes 2017, pasien menilai kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan **elayanan secara andal, tanggap dan *tangible* masih rendah pada pelayanan rawat jalan dan cukup pada pelayanan rawat inap** di Rumah Sakit. Pelayanan andal yaitu kemampuan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan janji yang ditawarkan dan sesuai dengan prosedur. Pelayanan yang tanggap yaitu keinginan dan kesigapan petugas membantu pasien dengan cepat kepada pasien. Pelayanan yang *tangible* adalah pelayanan yang dapat terjangkau secara lokasi, fasilitas lengkap dan nyaman.

Gambar 50. Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit



Sumber: Risnakes, 2017

Berdasarkan kajian di Provinsi Jawa Timur, rumah sakit rujukan sudah tersedia tim PONEK terlatih dan protokol tindakan pelayanan KIA juga sudah ada. Namun, yang menjadi masalah utama adalah **kesigapan dan keandalan perawat dan dokter umum di UGD dalam mengambil keputusan klinis dan merujuk ke tenaga kesehatan senior dan dokter spesialis** ketika terdapat kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Hal tersebut disebabkan karena **kolaborasi interprofesi dan sistem kewaspadaan dini antar tenaga kesehatan belum menjadi budaya**. Selain itu, pembagian

¹²⁹. Kepmenkes Nomor Hk.01.07/Menkes/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan

¹³⁰. Kementerian Kesehatan. 2018. Laporan Hasil Riset Tenaga Kesehatan (Risnakes) 2017

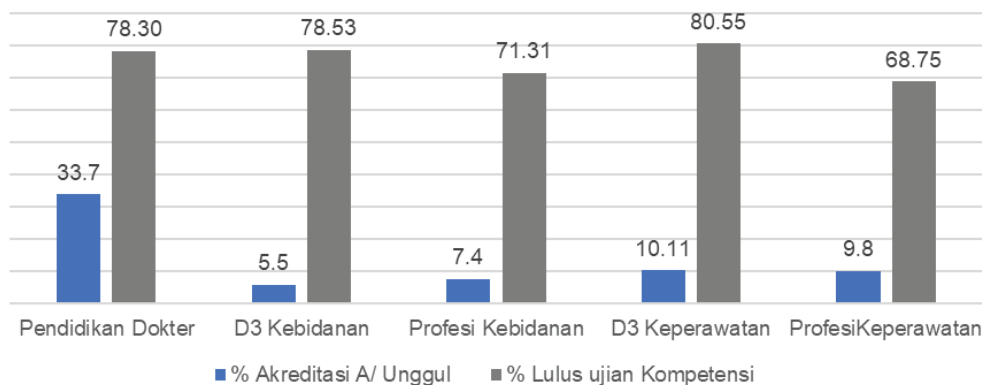
tugas dan wewenang belum jelas, sistem komunikasi belum terstruktur, beban kerja yang tidak merata, serta tidak ada pemisahan fasilitas untuk kegawatdaruratan umum dan khusus untuk kegawatdaruratan maternal neonatal.¹³¹

6.2.3 Sistem Pendidikan dan Peningkatan Kapasitas SDM

Kurangnya tenaga dokter dan dokter spesialis di beberapa provinsi, selain karena maldistribusi juga karena **laju produksi dokter dan dokter spesialis di tingkat pendidikan sangat kurang**. Pemenuhan kebutuhan dokter umum dengan skenario penyerapan lulusan 80% dan penambahan program studi akan tercapai pada tahun 2031. Sedangkan pemenuhan dokter spesialis anak dan *Obsgyn* dengan penambahan kuota pendidikan 3 kali lipat akan terpenuhi pada tahun 2038. Saat ini terdapat 92 program studi pendidikan dokter umum, 14 program studi pendidikan dokter spesialis anak, dan 15 program studi pendidikan dokter spesialis obstetri dan ginekologi.

Kualitas pendidikan kedokteran dan kesehatan pun belum optimal karena proporsi institusi pendidikan tinggi kesehatan yang memiliki akreditasi A/unggul masih rendah yaitu 33,7% untuk pendidikan dokter, 5,5% untuk prodi D3 kebidanan, 7,4% untuk profesi kebidanan, 10,11% D3 Keperawatan dan 9,8% untuk profesi keperawatan (Ners).¹³² Namun, **tingkat kelulusan ujian kompetensi dokter, bidan dan perawat sudah di atas 70% pada tahun 2021**, meningkat signifikan dari tahun 2017 yaitu 30% untuk D3 dan Profesi kebidanan, 40,60% untuk D3 Keperawatan dan 60,74% untuk Ners. Salah satu faktor pendukungnya adalah program **bimbingan retaker** (mahasiswa yang tidak lulus pada ujian pertama) oleh universitas dan **bimbingan persiapan calon peserta ujian kompetensi** berbayar oleh lembaga swasta. Namun masih ada kendala kualitas ujian kompetensi mahasiswa bidan dan perawat yang **belum bisa mengukur kemampuan klinis seperti mahasiswa kedokteran** karena keterbatasan ketersediaan dan standar kelengkapan fasilitas laboratorium klinik.

Gambar 51. Persentase Akreditasi A dan Tingkat Kelulusan Ujian Kompetensi Program Studi Dokter, Bidan dan Perawat



Sumber: PDDikti, 2021; PNUK Pendidikan Dokter, 2022; dan PNUK Tenaga kesehatan, 2022

¹³¹. Mahmood MA, Hendarto H, Laksana MAC, Damayanti HE, Suhargono MH, Pranadyan R, et al. (2021) Health system and quality of care factors contributing to maternal deaths in East Java, Indonesia. PLoS ONE 16(2): e0247911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247911>

¹³². Pangkalan data pendidikan tinggi, Kemdikbud, 2021

Upaya peningkatan kompetensi tenaga kesehatan pun belum optimal karena hanya mengandalkan pelatihan, sedangkan **cakupan pelatihan dalam bidang KIA untuk tenaga kesehatan masih rendah**. Padahal, untuk meningkatkan kapasitas prosedural memerlukan metode pembelajaran yang lebih bersifat simulasi dan pengalaman (*experience based learning*) misalnya dengan metode **pendampingan bed-side teaching**, simulasi kolaboratif, *on the job training* dan magang.

Tabel 13. Proporsi Puskesmas yang Tenaganya Menerima Pelatihan terkait KIA

Jenis Pelatihan	Urban	Rural	Terpencil	Indonesia
Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	44%	41%	39%	41%
Kesehatan reproduksi dan seksual remaja	34%	29%	22%	29%
Asuhan persalinan	39%	42%	35%	40%
Keluarga Berencana	50%	48%	40%	47%
Pengendalian infeksi	30%	26%	18%	25%
Pencegahan penularan HIV/AIDS ibu ke anak	39%	36%	26%	29%
Sistem informasi manajemen kesehatan	42%	35%	30%	36%

Sumber: Rifaskes, 2019

6.3 Pembiayaan dan Penganggaran untuk KIA

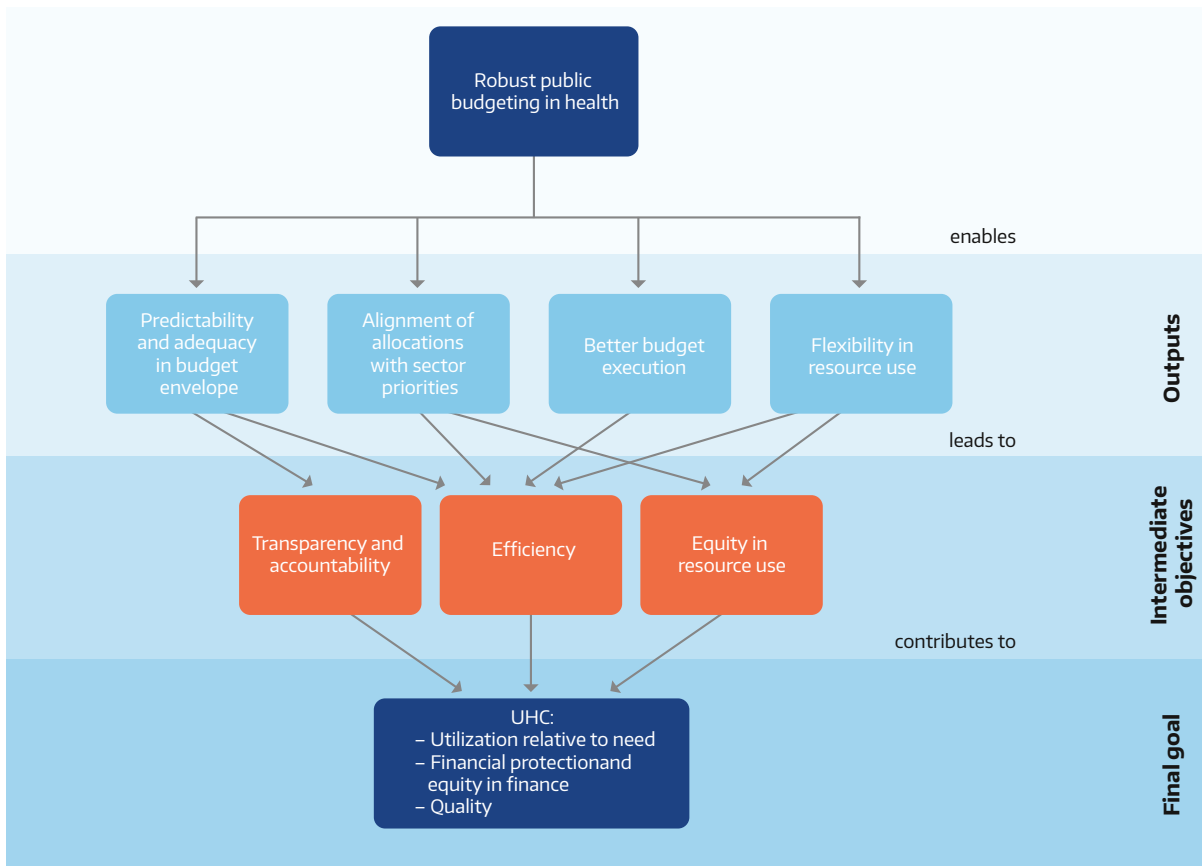
Pembiayaan kesehatan, salah satu sub sistem dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), merupakan pengelolaan upaya-upaya pengumpulan dana kesehatan dalam jumlah yang cukup mencukupi, mengalokasikan secara adil dan merata, memanfaatkan secara efektif serta menyalurkan secara akuntabel untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.¹³³ Penganggaran kesehatan merupakan perencanaan sistematis untuk mengalokasikan sumber daya kesehatan yang dijabarkan dalam bentuk angka dan dinyatakan dalam unit moneter yang meliputi seluruh kegiatan satuan kerja untuk jangka waktu tertentu di masa yang akan datang¹³⁴. Penganggaran yang andal merupakan faktor kunci dalam pencapaian tujuan pembiayaan kesehatan yaitu *Universal Health Coverage* (UHC)¹³⁵.

¹³³. Perpres No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional

¹³⁴. Permenkes no 48 Tahun 2017 tentang Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan

¹³⁵. Barroy H, Dale E, Sparkes S, Kutzin J: Budget matters for universal health coverage: key formulation and classification issues. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Gambar 52. Pembiayaan dan Penganggaran yang Andal untuk Pencapaian UHC



Sumber: Barroy, H. et.al., 2018³

6.3.1 Sumber dan Mekanisme Pembiayaan KIA di Indonesia

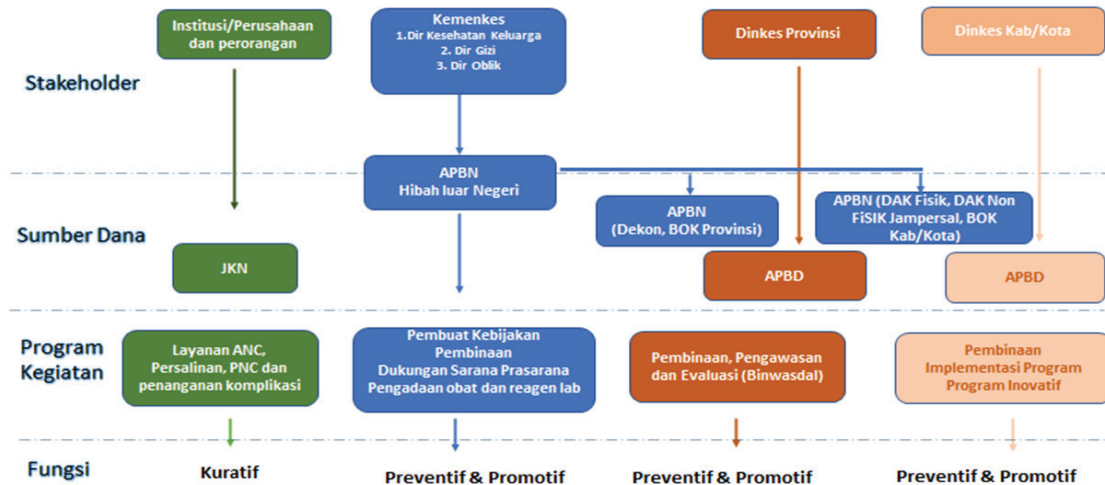
Sumber pembiayaan untuk KIA di Indonesia berasal dari iuran perorangan/ perusahaan, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). APBN kemudian dialokasikan kepada Kementerian/Lembaga di pusat dan dana transfer ke daerah dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Dana Dekonsentrasi. Iuran perorangan atau perusahaan kemudian di kelola dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS untuk pelayanan KIA perorangan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pertama (FKTP) dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Rujukan Lanjut (FKRTL).

Fragmentasi pembiayaan KIA dari berbagai sumber dengan pemanfaatan yang berbeda (APBN, APBD, JKN, Dana Transfer, BLUD) tanpa adanya mekanisme harmonisasi/ integrasi kebutuhan untuk KIA, berpotensi menimbulkan inefisiensi karena beberapa elemen terdapat kekosongan anggaran dan meningkatkan beban administrasi perencanaan dan pelaporan di mana setiap mekanisme pembiayaan memiliki format dan ketentuan masing-masing. Selain itu, dampak fragmentasi yang paling terasa adalah rumitnya penelusuran *item* kegiatan dan pembiayaan KIA untuk evaluasi anggaran dan mengetahui efektivitas pembiayaan dari intervensi¹³⁶. **Kompleksnya mekanisme pembiayaan disertai dengan kurang optimalnya kapasitas penganggaran dan tata kelola** di fasyankes, pemerintah daerah dan pemerintah pusat dapat menghambat *equity*, transparansi dan akuntabilitas dari pembiayaan serta pelayanan KIA yang berkualitas.¹³⁷

¹³⁶. Berbagai narasumber pakar dalam FGD Penguatan Pembiayaan untuk Kesehatan Ibu Anak Berkualitas 18 Oktober 2022 oleh Bappenas

¹³⁷. Stein, D. T., M. F. Rakhmadi, A. Dutta, and J. I. Ugaz. 2022. Attributes of funding flows and quality of maternal health services in a mixed provider payment system. *World Medical & Health Policy*, 1–15. <https://doi.org/10.1002/wmh3.545>.

Gambar 53. Sumber Pembiayaan untuk KIA



Sumber: Khair, R.A, 2022

Hasil Kajian DAK Bidang Kesehatan 2020 menunjukkan pada menu alat Puskesmas, terdapat 78% daerah di Indonesia dengan kelengkapan Puskesmas di bawah 50%. Namun **daerah-daerah tersebut cenderung tidak mendapatkan pagu dan/atau mendapatkan pagu yang bernilai rendah**. Daerah dengan kapasitas fiskal rendah cenderung tidak mengajukan usulan DAK meskipun daerah tersebut memiliki kelengkapan prasarana dimaksud yang rendah. Selain itu, walaupun perlu penelitian lebih lanjut, hal ini dapat dijadikan **perhatian bahwa terdapat menu-menu kegiatan yang belum tepat sasaran** dan berpotensi memberikan kesempatan bagi daerah yang memiliki kelengkapan tinggi untuk mendapatkan alokasi menu tersebut.¹³⁸

Di sisi lain, **hambatan yang krusial dalam pelaksanaan dekonsentrasi** kesehatan antara lain: (1) menu dana dekonsentrasi belum sepenuhnya mempertimbangkan kebutuhan daerah dan cenderung sama untuk semua daerah; dan (2) fragmentasi perencanaan dan penganggaran antar bidang sehingga terdapat tumpang tindih kegiatan dan pembiayaan. Hal ini disebabkan karena penentuan menu dekon yang ditentukan hanya dari pusat (*top down*) dan belum ada mekanisme *reward and punishment* yang menyebabkan kurangnya komitmen pemerintah daerah. **Perlu ada pendekatan kombinasi *top-down* dan *bottom up*** agar dapat mengakomodir menu dekon yang sesuai dengan karakteristik dan kemampuan daerah dengan tetap mempertimbangkan target pencapaian prioritas nasional. **Penguatan mekanisme pemantauan, supervisi dan evaluasi** ini dapat dilakukan dengan menguatkan peran Pembina Wilayah dan pelaksanaan *reward-punishment*.¹³⁹

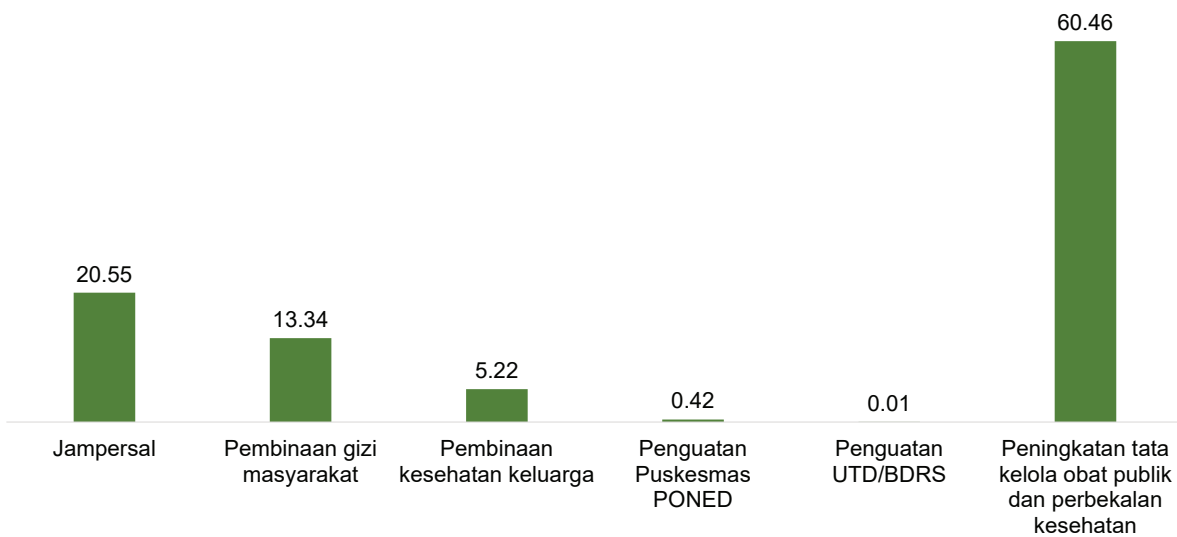
6.3.2 Alokasi Pembiayaan KIA

Berdasarkan hasil Studi di 3 direktorat utama yang terkait pelayanan KIA di Kementerian Kesehatan (Gizi, Kesehatan Keluarga dan Obat Publik), alokasi anggaran untuk KIA terjadi peningkatan dari 2016-2018 tetapi menurun pada tahun 2019 dan 2020. Namun, **realisasi anggaran fluktuatif** dengan kecenderungan menurun pada tahun 2016-2019 dan meningkat kembali pada tahun 2020. Selain itu, alokasi dan realisasi anggaran KIA **sebagian besar masih untuk upaya kuratif**.

¹³⁸. Solikha, Dewi & Arifi, Muhammad & Khoirunurrofik, Khoirunurrofik. (2020). Relevansi, Kejenuhan Dan Efektivitas DAK Kesehatan. Bappenas: Jakarta.

¹³⁹. Solikha, D.A., Arifi M.D., Maghfiroh, B., Mariyah, S., Nurlita, A.N. 2021. Penajaman Peruntukan Dana Dekonsentrasi Kesehatan (Studi Evaluasi 2021).

Gambar 54. Alokasi Anggaran KIA di Direktorat Gizi, Kesehatan Keluarga dan Obat Publik Kementerian Kesehatan TA 2016-2020



Sumber: Sumber: Khair, R.A, 2022

Beberapa tantangan dalam pembiayaan dan penganggaran APBN untuk KIA yaitu:

- 1) Dana APBN sudah pasti dialokasikan untuk KIA, tetapi alokasi dana di daerah sangat bergantung pada dana transfer. Pada tahun 2021, APBD bidang kesehatan daerah masih didukung dana transfer 70% dan masih ada 14 Provinsi yang belum mengalokasikan APBD 10% untuk kesehatan.¹⁴⁰
- 2) Dana *earmark* untuk kesehatan dari DAU, sementara APBD tergantung DAU dan persentase untuk KIA disamakan untuk seluruh daerah padahal kebutuhan dan kapasitas pembiayaan daerah beragam.
- 3) Penandaan (*tagging*) tematik anggaran sudah dilakukan untuk program prioritas nasional tetapi hanya untuk percepatan penurunan *stunting* belum mencakup penurunan AKI-AKB dan hanya terbatas pada belanja Kementerian/Lembaga. Selain itu, masih terdapat *overlapping* intervensi yang mendukung percepatan penurunan *stunting* dengan kematian ibu dan anak sehingga sulit menentukan dampak intervensi tersebut terhadap penurunan *stunting* dan KIA.
- 4) Belum ada evaluasi dampak efektivitas program untuk menentukan anggaran tahunan dan 5 tahunan bagi setiap program KIA. Hal ini menyebabkan alokasi anggaran tidak efektif dan berdaya ungkit tinggi untuk peningkatan KIA
- 5) Besaran tarif BLUD di fasyankes belum menyesuaikan dengan paket manfaat terbaru pelayanan KIA

¹⁴⁰. Direktorat SUPD III Kementerian Dalam Negeri. Paparan Tata Kelola Pemerintah Pusat dan Daerah dalam Pelayanan KIA yang diaparkan pada FGD Penguatan Tata Kelola Pelayanan KIA oleh Bappenas tanggal 20 Oktober 2022

Box 3. Studi Kasus Optimalisasi Anggaran Daerah dan BLUD untuk Peningkatan Pembiayaan KIA di RS dan Puskesmas: Studi Kasus Dinas Kesehatan Kota Depok dan Puskesmas Cikarang Kab. Bekasi

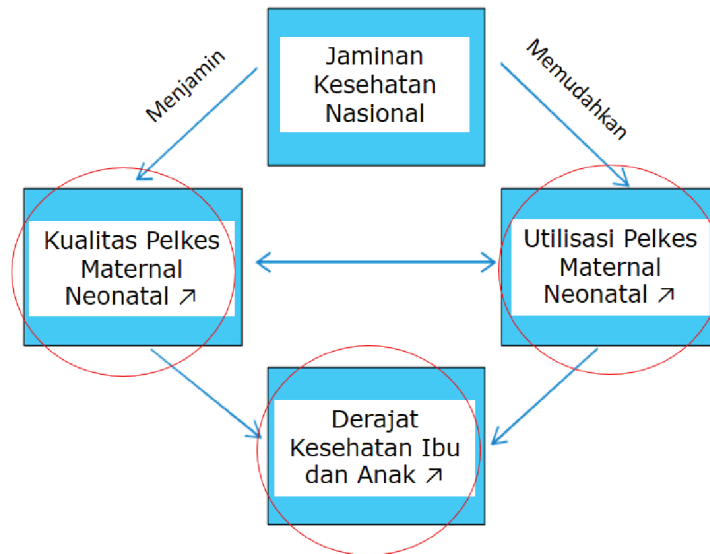
Pemerintah Kota Depok sejak tahun 2018 sudah mengalokasikan anggaran kesehatan di luar gaji > 10% dari total APBD dan tahun 2022 total anggaran untuk KIA meningkat menjadi 31,4% dari 27,4% tahun 2021. Selain itu, optimalisasi potensi pembiayaan daerah lintas sektor masyarakat didorong melalui Peraturan Walikota untuk insentif kader serta alokasi dana kecamatan dan kelurahan untuk penguatan Posyandu. Kolaborasi Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial dilakukan untuk implementasi bantuan sosial bagi penduduk tanpa identitas dan Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS) yang belum mempunyai JKN dengan menggunakan surat domisili dan batas plafon 25 juta. Tahun 2022, terdapat penambahan penjaminan pada visum bagi korban kekerasan dan pembiayaan KB pasca salin. Walaupun alokasi dari DAK sudah dilakukan pengurangan dari 88,04% pada tahun 2021 menjadi 57,60% pada tahun 2022, tetapi dominasi sumber pembiayaan tetap sebagian besar dari DAK padahal sudah mempunyai kapasitas fiskal yang baik. Hal tersebut karena kapasitas penganggaran di dinas kesehatan belum optimal khususnya dalam penyusunan *District Health Account*. Hal yang sama juga dirasakan di RSUD dan Puskesmas yang sudah BLUD, kesulitan untuk mengoptimalkan pembiayaan karena belum disertai kapasitas manajemen dan penganggaran yang mumpuni.

Puskesmas Cikarang Kab. Bekasi merupakan Puskesmas BLUD sehingga mendapat fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat, berdasarkan prinsip ekonomi, produktivitas guna meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Untuk meningkatkan akses pelayanan KIA Puskesmas Cikarang mengembangkan pelayanan pendukung KIA yang berbayar seperti yoga, spa, kecantikan serta kesehatan tradisional. Hasil dari pendapatan Puskesmas tersebut dialokasikan untuk pengadaan dokter dan bidan serta alat kesehatan untuk mendukung program Sahabat Mila yaitu pendampingan ibu hamil oleh kader dan tenaga kesehatan. Hal ini bisa menjadi solusi ketika terdapat kebijakan dari Kemenpan RB mengenai penghentian rekrutmen tenaga kontrak. Pelayanan pendukung juga bekerja sama dengan bidan praktik mandiri klinik swasta untuk meningkatkan *engagement* dan kepatuhan ibu dan balita melakukan kunjungan pelayanan KIA yang berkesinambungan. Tantangan dalam penyelenggaraan pelayanan pendukung adalah kapasitas tenaga Puskesmas terbatas dalam pengembangan model bisnis dan pelayanan yang menguntungkan, produktif tetapi tetap bermanfaat pada masyarakat.

6.3.3 Jaminan untuk Pelayanan KIA

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjamin pelayanan KIA yang berkualitas dengan tujuan untuk meningkatkan utilitas dan akses pelayanan KIA di fasilitas pelayanan primer dan rujukan sehingga tercapai peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak di Indonesia (BPJS, 2022). Sejak 2011, Pemerintah Indonesia juga menerapkan program **Jaminan Persalinan (Jampersal)** yang memberi layanan antenatal, persalinan dan pasca persalinan bagi wanita yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Layanan Jampersal juga mencakup rujukan bila terjadi komplikasi dan perawatan bayi baru lahir. Program ini sempat dihentikan saat dimulainya **Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di tahun 2014**, kemudian **Jampersal diinisiasi kembali pada tahun 2017 hingga sekarang**. Pada tahun 2017-2019 utilitas Jampersal rendah yaitu 3,75% dan realisasi Jampersal dalam DAK < 70%. Oleh karena itu, pada tanggal 12 Juli 2022 dikeluarkan Instruksi Presiden Republik Indonesia (**Inpres) Nomor 5 Tahun 2022** tentang Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan Bagi Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan Bayi Baru Lahir melalui Program Jaminan Persalinan.

Gambar 55. Peran Jaminan Kesehatan Nasional dalam KIA



(Sumber: BPJS, 2022 cit. Comfort, A. B., et.al., 2013)¹⁴¹

Penetapan Jampersal perlu ditinjau ulang karena dampak yang dihasilkan **hanya signifikan pada persalinan dengan komplikasi dan di daerah dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah**. Melihat pelaksanaan Jampersal sebelumnya, tantangan pelaksanaan Jampersal adalah kurangnya sinkronisasi perencanaan dan penganggaran antara pemerintah pusat dan daerah, bervariasinya pemahaman pemerintah daerah terhadap mekanisme dan petunjuk teknis, data sasaran tidak valid, dan lemahnya pencatatan berbasis program rutin.¹⁴² Selain itu, walaupun Jampersal sudah diintegrasikan dalam skema JKN, namun belum ada mekanisme yang terstruktur untuk **mengakomodir penduduk tanpa identitas** karena syarat keanggotaan JKN meminta KTP dan Kartu Keluarga.

Di sisi lain, **pelayanan KIA yang berkeadilan belum bisa terwujud** karena berdasarkan SUSENAS 2020, **belum semua ibu hamil, baduta dan balita memiliki Jaminan Kesehatan (JKN)** yang sangat penting untuk mendorong akses terhadap pelayanan KIA. Selain itu, pemanfaatan JKN untuk pelayanan KB, antenatal, persalinan, dan pasca persalinan masih belum 100% dan paling rendah adalah pada peserta PBI JKN yang merupakan masyarakat miskin dan tidak mampu. Untuk persalinan, **masih terdapat ibu bersalin yang mengeluarkan biaya sendiri (out of pocket) rata-rata Rp 887.603**, walaupun sudah menggunakan JKN. Selain itu, rata-rata *out of pocket* persalinan pada **masyarakat sangat miskin Rp. 594.495 serta masyarakat miskin dan rentan Rp 972.091**.¹⁴³ Ibu bersalin peserta JKN masih mengeluarkan biaya sendiri untuk transportasi, paket bersalin tambahan, kenaikan kelas, dan tambahan obat.¹⁴⁴ Kasus lain menunjukkan adanya pasien dengan kepesertaan JKN tetapi tidak memanfaatkan JKN dengan alasan tidak mendapatkan ruangan sesuai kelas JKN dan ingin mendapatkan pelayanan lebih cepat.¹⁴⁵ Selain itu, **sebagian besar pasien yang melakukan pemeriksaan ke Praktik Mandiri Bidan (PMB) tidak dapat memanfaatkan JKN** untuk pelayanan KIA karena **hanya 39,9% PMB** yang memiliki perjanjian kerja sama dengan fasyankes yang telah bekerja

¹⁴¹. Comfort, A. B., Peterson, L. A., & Hatt, L. E. (2013). Effect of Health Insurance on the Use and Provision of Maternal Health Services and Maternal and Neonatal Health Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 31(4 Suppl 2), S81–S105.

¹⁴². Achadi, E.L., A. Achadi, E. Pambudi, and P. Marzoeqi. 2014. *A Study on the Implementation of JAMPERSAL Policy in Indonesia*. Washington, DC: World Bank Group

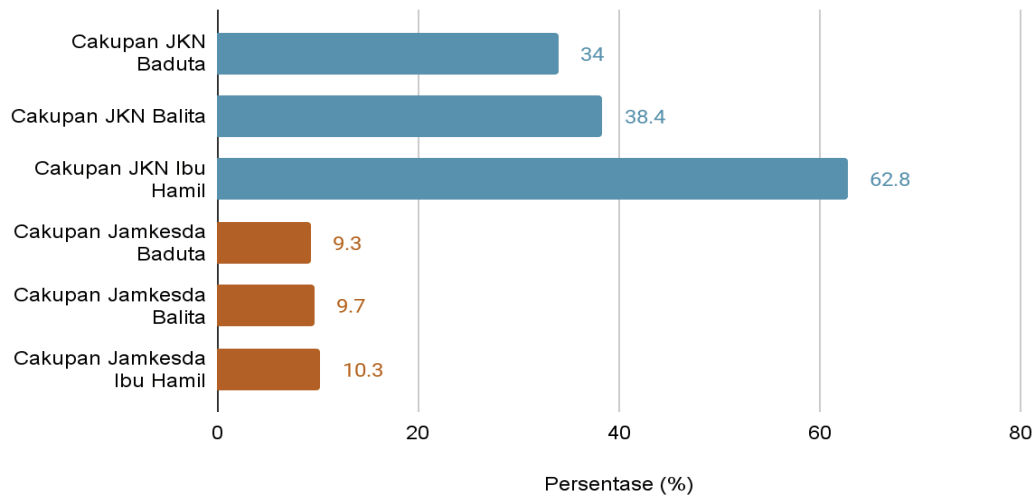
¹⁴³. Nugraheni WP, Mubasyiroh R, Hartono RK (2020) The influence of Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) on the cost of delivery services in Indonesia. *PLoS ONE* 15(7): e0235176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235176>

¹⁴⁴. Intiasari, A. D., Hendrartini, J., & Trisnantoro, L. (2016). Analisis Pola Pemanfaatan Jaminan Pembiayaan Kesehatan Era Jaminan Kesehatan Nasional Pada Peserta Non Pbi Mandiri Di Wilayah Perdesaan Kabupaten Banyumas. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 05(03), 101–109.

¹⁴⁵. Laksono, A.D., Wulandari, R.D. & Matahari, R. The determinant of health insurance ownership among pregnant women in Indonesia. *BMC Public Health* 21, 1538 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11577>

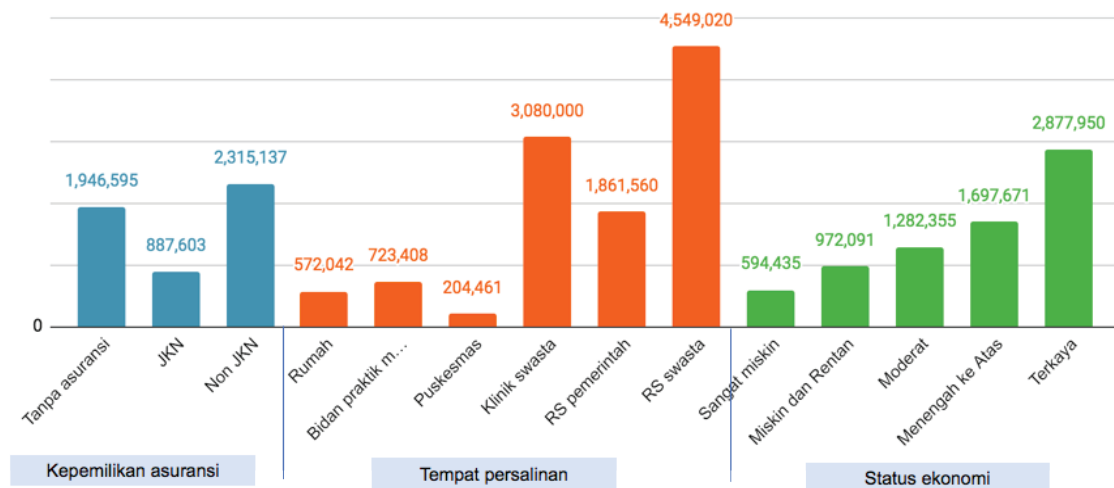
sama dengan BPJS dengan berbagi jasa kepada fasyankes tersebut paling banyak 10-20%. Alasan sebagian besar PMB belum bekerja sama paling sering adalah **prosedur berbelit (45,5%)** dan **tidak mengerti mekanismenya (28,5%)**¹⁴⁶.

Gambar 56. Cakupan JKN dan Jamkesda pada Ibu Hamil, Baduta dan Balita (%)



Sumber: SUSENAS, 2020 diolah oleh TP2AK dalam <https://dashboard.stunting.go.id/cakupan-nasional/>

Gambar 57. Pengeluaran *Out of Pocket* (OOP) pada Persalinan Berdasarkan Kepemilikan Asuransi, Tempat Persalinan dan Status Ekonomi



Sumber: Nugraheni WP, et.al., 2020

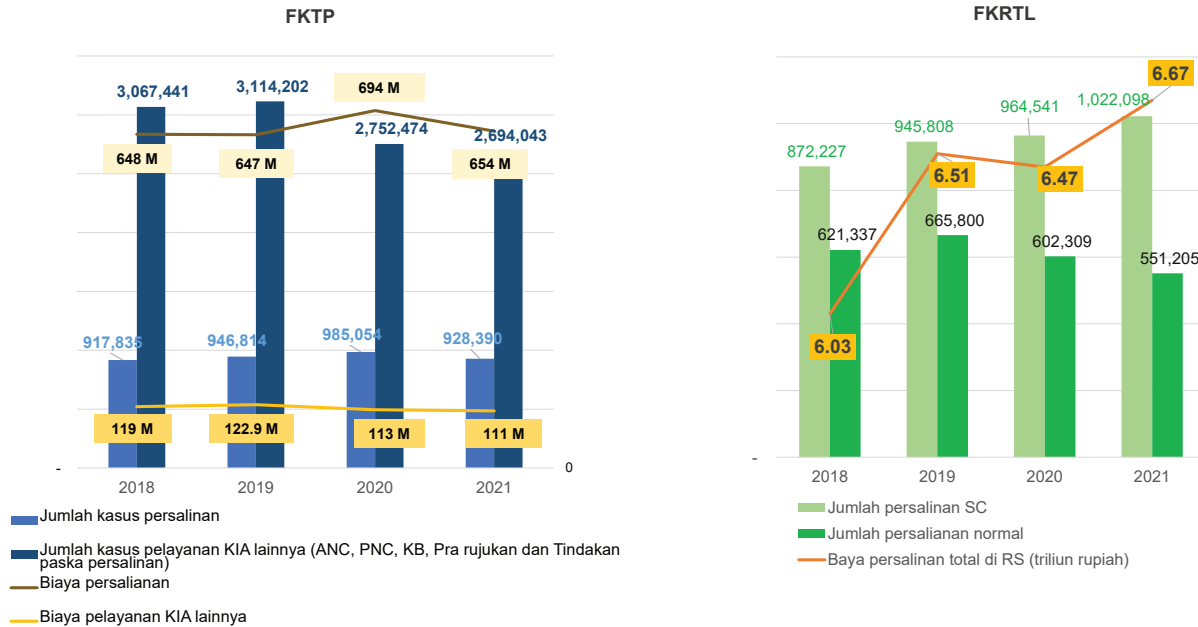
Kepemilikan JKN meningkatkan akses persalinan di Rumah Sakit, tetapi tidak meningkatkan akses pelayanan KB, ANC, persalinan dan pasca persalinan di Puskesmas.¹⁴⁷ Hal ini sejalan dengan Laporan BPJS bahwa terdapat **peningkatan signifikan kasus persalinan SC pada pasien JKN di RS sejak pada tahun 2018-2021**. Namun utilisasi pelayanan ANC, PNC, KB, pra rujukan dan

¹⁴⁶ Kementerian Kesehatan. 2020. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan 2019: Fasilitas Kesehatan Lainnya

¹⁴⁷ Suparmi, Iram Barida Maisya, Heny Lestari. 2019. Health Insurance as a Solution for Barriers to Maternal Healthcare Access in Indonesia. Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

tindakan pasca persalinan di FKTP cenderung menurun pada tahun 2020-2021. Hal ini menyebabkan beban pembiayaan yang meningkat dan sudah melebihi standar WHO 10-15%. Kondisi ini dapat berpotensi untuk inefisiensi yang mengancam keberlangsungan pembiayaan kesehatan dan kualitas pelayanan KIA.

Gambar 58. Tren Kasus dan Pembiayaan KIA di FKTP dan FKRTL



Sumber: BPJS, 2022

Untuk memastikan pelayanan KIA yang diterima berkesinambungan perlu didukung oleh paket manfaat dan tarif yang sesuai dengan standar pelayanan. Paket manfaat dan tarif pelayanan KIA di Fasyankes primer maupun rujukan saat ini masih merujuk kepada Permenkes Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan. Paket manfaat dan tarif pelayanan KIA pada pasien JKN yang **belum menyesuaikan dengan standar pelayanan terbaru** sesuai Permenkes No. 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual. Hal ini berpotensi terhadap ketidakpatuhan pelayanan kesehatan terhadap standar pedoman yang baru karena tambahan layanan yang diminta belum dapat dibayarkan oleh JKN maupun Jampersal. Selain itu, masih terdapat *gap* untuk paket manfaat skrining kesehatan remaja dan calon pengantin, ANC, persalinan, dan MTBS yang merupakan intervensi kunci dalam menjamin *continuum of care* pelayanan KIA. Perubahan prosedur pelayanan ANC oleh dokter dua kali dan penambahan prosedur USG juga belum terakomodir dalam paket manfaat JKN. Sama halnya dengan ketentuan persalinan oleh 3 tenaga kesehatan, maka besaran tarif dan mekanisme klaim JKN perlu menyesuaikan. Selain itu, **besaran tarif pelayanan KIA untuk DTPK perlu peninjauan kembali** mengingat satuan biaya umum yang lebih tinggi dan tantangan geografis.

Tabel 14. Perbandingan Standar Pelayanan, Cakupan Manfaat JKN dan Dukungan Pembiayaan Program untuk KIA

No	Prosedur Pelayanan KIA Permenkes No. 21 Tahun 2021 ¹⁴⁸	Cakupan Manfaat dalam JKN Permenkes No 52 Tahun 2016 ¹⁴⁹	Dukungan Pembiayaan Program 2022	Keterangan
A	Kesehatan Remaja Pelayanan dan Skrining Kesehatan Remaja di Fasyankes 1) Anamnesis HEEDSSS (<i>Home, Education/Employment, Eating, Activity, Drugs, Sexuality, Safety, Suicide</i>) 2) Pemeriksaan fisik 3) Pemeriksaan Penunjang: Hb, golongan darah, gula darah 4) Imunisasi 5) Suplementasi gizi 6) Pelayanan medis dan pengobatan lain sesuai kondisi remaja	Pada Tarif non kapitasi belum ada paket manfaat khusus untuk kesehatan remaja, namun ada tarif non kapitasi untuk pemeriksaan gula darah sewaktu yaitu Rp. 10.000 - 20.000	Belum ada menu skrining komprehensif dalam DAK Non Fisik, namun pemberian suplementasi TTD remaja putri masuk ke dalam DAK Non Fisik untuk Program Aksi Bergizi	Belum ada paket manfaat khusus skrining kesehatan remaja yang sesuai dengan pedoman pelayanan terbaru
B	Pelayanan Skrining Kesehatan Calon Pengantin dan WUS 1) Anamnesis 2) Pemeriksaan fisik dan status gizi 3) Pemeriksaan penunjang: Hb, golongan darah dan Rhesus, pemeriksaan lain sesuai indikasi (urin, gula darah, HIV, penyakit infeksi menular seksual, hepatitis, malaria, talasemia, TORCH, dan IVA atau <i>pap smear</i> bagi calon pengantin perempuan yang sudah pernah menikah) 4) Imunisasi 5) Suplementasi Gizi 6) Pelayanan medis dan pengobatan lain sesuai kondisi	Belum ada dalam paket manfaat khusus untuk skrining kesehatan calon pengantin dan PUS, namun ada tarif Non Kapitasi beberapa skrining PUS yaitu: 1) Pemeriksaan IVA maksimal Rp25.000,00 (dua puluh lima ribu rupiah) 2) Pemeriksaan <i>Pap Smear</i> maksimal Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah) dan 3) Pemeriksaan gula darah sewaktu, pemeriksaan gula darah puasa GDP) dan pemeriksaan gula darah <i>Post Prandial</i> (GDPP) ditetapkan sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) sampai dengan Rp20.000,00 (dua puluh ribu rupiah)	Belum ada menu anggaran untuk skrining komprehensif calon pengantin/WUS • BOKB: Operasional Edukasi kesehatan reproduksi bagi remaja dan calon pengantin	Belum ada dalam paket manfaat khusus untuk skrining kesehatan calon pengantin yang lengkap sesuai pedoman

¹⁴⁸ Permenkes No. 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual¹⁴⁹ Permenkes No 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan

No	Prosedur Pelayanan KIA Permenkes No. 21 Tahun 2021	Cakupan Manfaat dalam JKN Permenkes No 52 Tahun 2016	Dukungan Pembiayaan Program 2022	Keterangan
C	Pelayanan Kontrasepsi Tindakan pemberian kontrasepsi dilakukan pada masa interval, pasca persalinan, pasca keguguran; atau kontrasepsi darurat. Pilihan alat kontrasepsi: 1) Kontrasepsi jangka panjang: kontrasepsi dalam rahim (IUD), implan, vasektomi, dan tubektomi 2) Kontrasepsi non jangka panjang: suntik, pil, kondom, dan Metode Amenorea Laktasi (MAL)	Tarif Non Kapitasi Pelayanan KB (Keluarga Berencana) : 1) Pemasangan dan/atau pencabutan IUD/implant, sebesar Rp100.000,00 (seratus ribu rupiah) 2) Pelayanan suntik KB, sebesar Rp15.000,00 (lima belas ribu rupiah) setiap kali suntik 3) Penanganan komplikasi KB, sebesar Rp125.000,00 (seratus dua puluh lima ribu rupiah); dan 4) Pelayanan Keluarga Berencana Metode Operasi Pria (KBMOP) / vasektomi, sebesar Rp350.000,00 (tiga ratus lima puluh ribu rupiah)	<ul style="list-style-type: none"> • Biaya Operasional Pelayanan KB: Distribusi/Alokan, Visitasi Fasyankes, dan Pengerakan Pelayanan KB • Komponen biaya pengerakan pelayanan KB: jasa pelayanan, penggantian tidak bekerja bagi akseptor MOW dan MOP, pengadaan APD dan barang habis pakai • Penggantian tidak bekerja untuk akseptor MOW dan MOP: Rp. 300.000 • Tarif pelayanan KB: 1) Jasa pelayanan pemasangan IUD dan Implan oleh dokter/bidan kompeten: Rp100.000,00 2) Jasa medis MOP oleh dokter kompeten sebesar Rp. 350.000 3) Jasa medis MOW oleh dokter kompeten sebesar Rp 1.555.300,- 	Komponen standar pelayanan kontrasepsi dalam Permenkes No 21 Tahun 2021 sudah masuk ke dalam paket layanan KB JKN tarif non kapitasi dan BOKB

No	Prosedur Pelayanan KIA Permenkes No. 21 Tahun 2021	Cakupan Manfaat dalam JKN Permenkes No 52 Tahun 2016	Dukungan Pembiayaan Program 2022	Keterangan
D	Pelayanan Masa Kehamilan	Pelayanan Masa Kehamilan		
	<p>1) Kunjungan ke -1 ANC dengan prosedur 10 T + USG oleh dokter pada trimester 1 (0-12 minggu)</p> <p>2) Kunjungan ke-2 dan ke-3 ANC pada trimester 2 (12 minggu-24 minggu)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 kunjungan oleh tenaga kesehatan dengan prosedur 10 T • 1 kunjungan oleh dokter dengan prosedur 10 T dan USG <p>3) Kunjungan ke-4, ke-5 dan ke-6 pada trimester 3 (>24 minggu sampai kelahirannya)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 kunjungan oleh tenaga kesehatan dengan prosedur 10 T • 1 kunjungan oleh dokter dengan prosedur 10 T dan USG 	<p>Besaran tarif jasa pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh bidan atau dokter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket paling sedikit 4 (empat) kali pemeriksaan, sebesar Rp200.000,00 (dua ratus ribu rupiah) 2) dalam hal pemeriksaan ANC tidak dilakukan di satu tempat maka dibayarkan per kunjungan, sebesar Rp.50.000,00 (lima puluh ribu rupiah) 	<p>Pengadaan obat program KIA, set pemeriksaan kesehatan ibu dan anak, USG 2 digital, dan <i>cardiotocography</i> (CTG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paket manfaat dan besaran tarif belum sesuai dengan pedoman layanan terbaru (frekuensi dan besaran tarif). Misalnya tarif dokter umum dengan penggunaan USG • Pengeluaran cetak hasil USG belum masuk ke dalam menu program • Perlu telaah lebih lanjut mengenai besaran tarif kunjungan di DTPK dan daerah sulit
E	Pelayanan Persalinan	Pelayanan Persalinan		
	<p>1) Persalinan normal menggunakan standar Asuhan Persalinan Normal (APN) yang dilakukan oleh 3 tenaga kesehatan dengan komposisi sbb:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. dokter, bidan, dan perawat; atau b. dokter dan 2 (dua) bidan c. kecuali dalam hal terdapat keterbatasan akses persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, persalinan tanpa komplikasi dapat dilakukan oleh tim paling sedikit 2 (dua) orang tenaga kesehatan (bidan-bidan atau bidan-perawat) 	<p>Persalinan pervaginam normal yang dilakukan oleh bidan, sebesar Rp700.000,00 (tujuh ratus ribu rupiah) dan yang dilakukan oleh dokter, sebesar Rp 800.000,00</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persalinan pervaginam dengan tindakan emersensi dasar di Puskesmas PONED, sebesar Rp 950.000,00 • Tindakan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan/atau neonatal Rp125.000,00 • Tindakan persalinan dengan 	<p>Jaminan persalinan (Jampersal): biaya persalinan, transportasi, sewa Rumah Tunggu Kelahiran (RTK)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengadaan obat, alkes dan sarpras Puskesmas PONED 	<ul style="list-style-type: none"> • Perlu telaah kembali mengenai besaran tarif dan paket manfaat untuk mengakomodir aturan baru 3 tenaga kesehatan dan pengecualian 2 tenaga kesehatan di DTPK dan akses sulit

No	Prosedur Pelayanan KIA Permenkes No. 21 Tahun 2021	Cakupan Manfaat dalam JKN Permenkes No 52 Tahun 2016	Dukungan Pembiayaan Program 2022	Keterangan
	<p>2) Persalinan pervaginam dengan penyulit dilakukan oleh 3 tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan maternal neonatal di Puskesmas PONED</p> <p>3) Persalinan dengan komplikasi dilakukan di RS dengan standar pelayanan merujuk Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan</p>	<p>komplikasi di RS mengikuti tarif INA-CBGs sesuai dengan diagnosanya</p>		
F	Pelayanan Pasca Salin			
	<p>Perawatan Nifas pada Ibu dan Neonatalin</p> <p>a) <u>Pelayanan Bagi Ibu</u></p> <p>Pelayanan pasca persalinan dilaksanakan minimal 4 (empat) kali dengan prosedur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Pemeriksaan fisik (tanda vital, anemia, tinggi fundus uteri, kontraksi uteri, saluran kencing, perdarahan, jalan lahir dan payudara) • Pendampingan pemberian ASI Eksklusif • Identifikasi risiko tinggi dan komplikasi pada masa nifas • Pemeriksaan status mental ibu • Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan • Pemberian KIE dan konseling • Pemberian kapsul vitamin A 	<p>1) Kunjungan ibu nifas dan neonatus sebanyak 4 kali dengan biaya Rp 25.000,00 per kunjungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 kali kunjungan ibu nifas dan neonatus pertama dan kedua • 1 kali kunjungan neonatus ketiga • 1 kali kunjungan ibu nifas ketiga <p>2) Pelayanan tindakan pasca persalinan di Puskesmas PONED, sebesar Rp175.000,00</p>	<p>Pengadaan alkes dan obat untuk perawatan pasca persalinan, namun belum termasuk alat untuk Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) di Puskesmas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tarif sudah sesuai dengan prosedur baru menyesuaikan untuk pelayanan pasca persalinan bayi baru lahir yang dilakukan 3 kali. • Skrining HK perlu kajian lebih lanjut akan masuk tarif JKN atau dana program. • Perlu telaah lebih lanjut mengenai besaran tarif kunjungan di DTPK dan daerah sulit

No	Prosedur Pelayanan KIA Permenkes No. 21 Tahun 2021	Cakupan Manfaat dalam JKN Permenkes No 52 Tahun 2016	Dukungan Pembiayaan Program 2022	Keterangan
	b) <u>Pelayanan Bagi Bayi</u> Pelayanan neonatal esensial dilakukan sebanyak 3 (tiga) kali kunjungan dengan prosedur: <ul style="list-style-type: none"> • Menjaga bayi tetap hangat • Pemeriksaan neonatus menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) • Bimbingan pemberian ASI dan memantau kecukupan ASI • Perawatan metode Kangguru (PMK) • Pemantauan pertumbuhan neonatus; • Skrining Bayi baru lahir: Hipotiroid Kongenital (HK) 			
G	Pelayanan Kesehatan Balita			
	Tidak tercantum untuk balita karena pedoman hanya sampai bayi baru lahir. Namun, berdasarkan Permenkes No 4 Tahun 2019 tentang SPM Bidang Kesehatan, untuk pelayanan kesehatan balita sakit adalah pelayanan dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan kapitasi dengan besaran tarif sesuai dengan kriteria ketersediaan dokter di Puskesmas/ Fasyankes primer swasta 	Penyediaan alat, obat dan sarpras untuk kesehatan anak	<ul style="list-style-type: none"> • Pada Tarif non kapitasi belum ada paket manfaat khusus untuk MTBS • Perlu kajian lebih lanjut terkait besaran tarif pada balita sakit yang memerlukan tindakan medis atau <i>emergency</i> dasar namun tidak rawat inap

Faktor-faktor yang mendorong persalinan ibu di fasilitas kesehatan adalah tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan suami, dan daerah pemukiman dengan jarak tempuh kurang dari 30 menit.¹⁵⁰ **Penggunaan perawatan pasca persalinan** ditentukan oleh status pekerjaan ibu, tingkat pendidikan suami, jumlah anak, indeks kekayaan, akses ke fasilitas kesehatan, dan daerah pemukiman dengan jarak tempuh kurang dari 30 menit. Sedangkan **faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian pertolongan kesehatan ketika anak sakit** selain kepemilikan JKN adalah status pendidikan dan ekonomi orang tua, citra fasilitas pelayanan di masyarakat, dan jam buka layanan.¹⁵¹ Oleh karena itu, aspek *demand* dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan masyarakat perlu ditingkatkan untuk mengakses pelayanan KIA. Beberapa intervensi yang dilakukan di 17 negara berkembang adalah dengan pelayanan berbasis komunitas dan bantuan tunai bersyarat.¹⁵²

Pembiayaan di luar sektor kesehatan yang berpotensi untuk *demand creation* dan peningkatan perilaku dalam akses pelayanan KIA pada masyarakat miskin dan rentan miskin adalah Bantuan Sosial Program Keluarga Harapan (PKH). Bagian dari sasaran penerima manfaat PKH adalah keluarga yang memiliki ibu hamil/nifas, bayi dan balita. Keluarga Penerima Manfaat (KPM) kelompok ibu hamil/nifas, bayi dan balita di mana salah satu elemen kewajiban dari penerima manfaat adalah kelengkapan pelayanan kesehatan pada ibu hamil dan balita. Manfaat yang diterima oleh KPM selain bantuan tunai. Besaran bantuan tunai PKH Tahun 2021 untuk kategori Ibu hamil/nifas adalah Rp. 3.000.000 per tahun dan bayi/balita Rp. 3.000.000 per tahun. Selain menerima bantuan tunai, **KPM PKH juga wajib mengikuti Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) yang memberikan edukasi mengenai KIA** yang diberikan oleh pendamping PKH terlatih berjenjang sesuai dengan pesan kunci edukasi interpersonal dalam strategi komunikasi perubahan perilaku yang disusun oleh Kementerian Kesehatan. Namun, **kewajiban untuk KPM ibu hamil/nifas, bayi dan balita belum menyesuaikan dengan standar pelayanan KIA terbaru** dalam Permenkes Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual.

¹⁵⁰. Kurniati A, Chen CM, Efendi F, et al.: Factors influencing Indonesian women's use of maternal health care services. *Health Care Women Int.* 2018;39(1)

¹⁵¹. Aji RS, Efendi F, Kurnia ID et al. Determinants of maternal healthcare service utilisation among Indonesian mothers: A population-based study [version 2; peer review: 2 approved]. *F1000Research* 2022, 10:1124 (<https://doi.org/10.12688/f1000research.73847.2>)

¹⁵². Murray SF, Hunter BM, Bisht R, Ensor T, Bick D. Effects of demand-side financing on utilisation, experiences and outcomes of maternity care in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:30. Published 2014 Jan 17. doi:10.1186/1471-2393-14-30

Gambar 59. Kewajiban Keluarga Penerima Manfaat Program Keluarga Harapan



Sumber: Kementerian Sosial, 2020

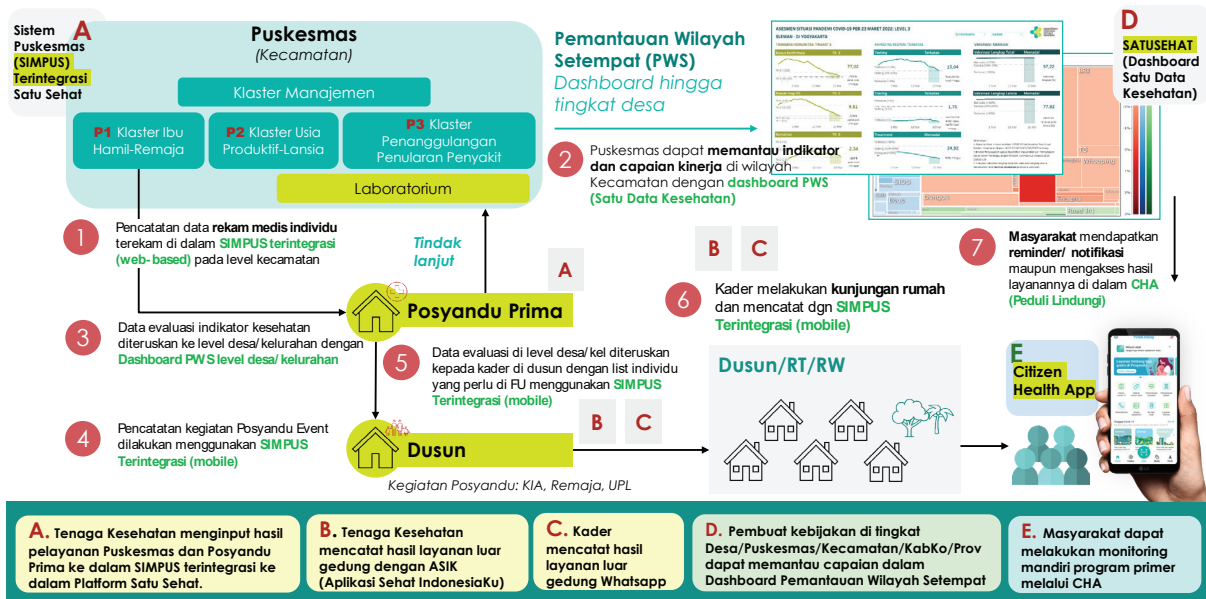
6.4 Sistem Informasi

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) merupakan seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, perangkat, teknologi dan sumber daya manusia yang saling berkaitan untuk pengambilan keputusan dalam pembangunan kesehatan. Belajar dari pandemi COVID-19, **negara dengan SIK berkesinambungan dari komunitas hingga pusat, lebih cepat dan efektif dalam mengambil keputusan penanggulangan pandemi dan meminimalisir disrupsi pelayanan esensial.** Oleh karena itu, pasca pandemi diperlukan penguatan SIK dalam empat aspek yaitu **optimalisasi aliran dan integrasi data, penjaminan kualitas data dan informasi, kesinambungan pemanfaatan data dan informasi, serta penataan transaksi data antar fasilitas.**¹⁵³

Di Indonesia, integrasi data kesehatan melalui SIK diatur melalui Permenkes Nomor 18 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan Melalui Sistem Informasi Kesehatan. Sistem Informasi tersebut mencakup 8 jenis informasi yang salah satunya adalah informasi upaya kesehatan. Informasi **upaya kesehatan paling sedikit terdiri dari: (1) penyelenggaraan pencegahan, peningkatan, pengobatan, dan pemulihan kesehatan; (2) fasilitas pelayanan kesehatan; dan (3) derajat kesehatan.**

¹⁵³. Schmidt, A.E., Abboud, L.A. & Bogaert, P. Making the case for strong health information systems during a pandemic and beyond. Arch Public Health 79, 13 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00531-5>

Gambar 60. Skema Integrasi Sistem Informasi dengan Pemanfaatan Teknologi di Fasyankes Primer



Sumber: DTO Kementerian Kesehatan, 2022

Satu Sehat akan mengintegrasikan sistem informasi fasyankes primer maupun rujukan termasuk data upaya kesehatan yang akan diintegrasikan juga dengan sistem pencatatan Dukcapil (DTO Kemenkes, 2022). Berdasarkan Permenkes Nomor 21 Tahun 2021,¹⁵⁴ kegiatan **pencatatan dan pelaporan yang sistematis dan terus menerus untuk program KIA** meliputi (a) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA); dan (b) Audit Maternal Perinatal, Surveilans dan Respons (AMPSR). **Pencatatan status kesehatan dan pelayanan individu** dalam KIA didorong melalui penggunaan Buku KIA melalui SK Menkes Nomor 284/Menkes/SK/III/2004 dan pengembangan **Rekam Medis Elektronik (RME)** sesuai Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Namun, masih terdapat tantangan dalam mewujudkan sistem informasi terintegrasi sebagaimana dijelaskan pada Tabel 15 berikut:

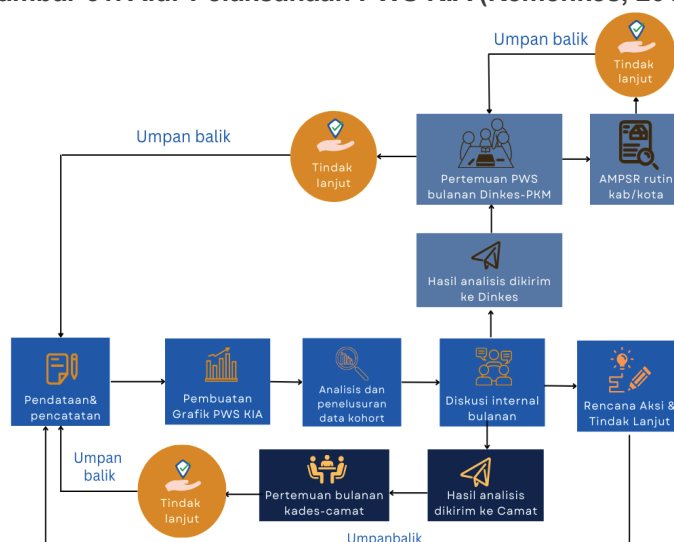
¹⁵⁴. Permenkes Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual

Tabel 15. Tantangan Implementasi Satu Data Kesehatan di Fasyankes Primer dan Rujukan¹⁵⁵

No	Tantangan	Contoh dalam pelayanan KIA
1	Data <i>real time</i> dan berkesinambungan sulit diakses oleh tenaga kesehatan	Tenaga kesehatan di IGD kesulitan menentukan keputusan klinis cepat dan tepat karena tidak tersedia data riwayat kesehatan dan penanganan medis sebelumnya
2	Belum tercapainya kelengkapan, konsistensi, dan akurasi data kesehatan dalam memenuhi kebutuhan penyusunan kebijakan berbasis bukti	<ul style="list-style-type: none"> Data kematian ibu terakhir adalah berdasarkan SUPAS 2015, hal ini menyebabkan evaluasi dan penyusunan kebijakan KIA tahunan maupun 5 tahunan kurang efektif Cakupan data kematian di luar fasilitas belum optimal karena belum terintegrasinya pelaporan kematian di fasyankes dengan sistem pencatatan kependudukan Ketersediaan dan akurasi data pelayanan masih belum optimal karena terbatas pada indikator cakupan kunjungan, sedangkan data terkait indikator kualitas pelayanan di FKTP dan FKRTL belum tersedia
3	Tidak ada standarisasi dan integrasi data kesehatan sehingga sulit untuk mewujudkan interoperabilitas data kesehatan	Tenaga kesehatan yang berbeda mengulang anamnesis dan pemeriksaan saat pasien kunjungan ANC karena tidak bisa melihat hasil pemeriksaan di fasyankes lain. Hal ini menyebabkan pelayanan tidak efisien dan pengeluaran tambahan bagi pasien
4	Pencatatan data kesehatan tidak efektif dan efisien karena data tumpang tindih dari berbagai aplikasi dan administrasi pencatatan	Pencatatan status kesehatan dilakukan di beberapa media seperti <i>family folder</i> , kartu periksa pegangan pasien, register kohort, dan Buku KIA

6.4.1 Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA)

Gambar 61. Alur Pelaksanaan PWS KIA (Kemenkes, 2010)



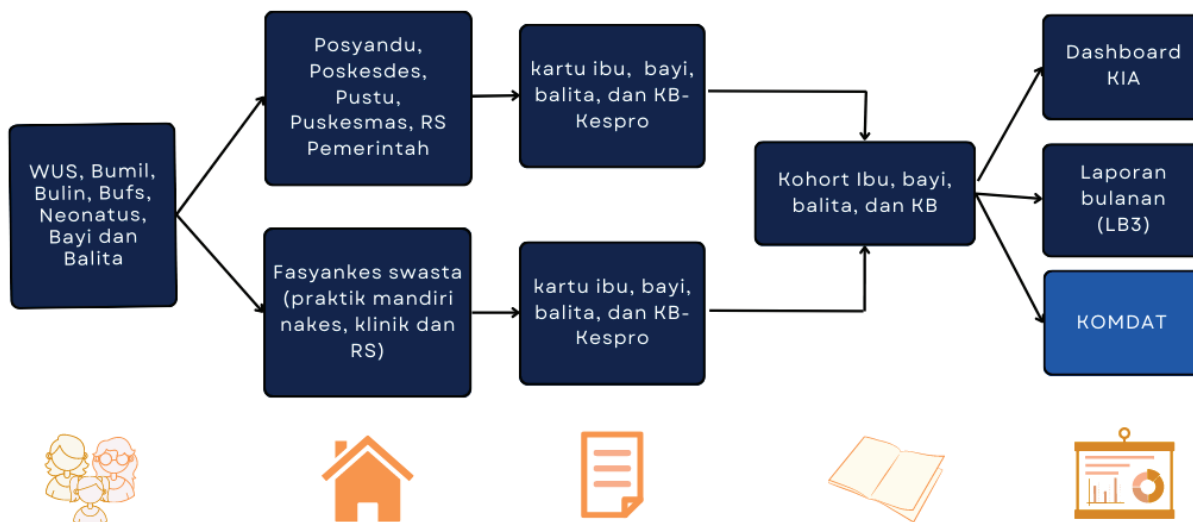
PWS KIA diimplementasikan sejak tahun 1985 sebagai alat manajemen program dan surveilans KIA untuk memantau cakupan layanan KIA secara terus menerus di suatu wilayah kerja sehingga tindak lanjut relevan dapat lebih cepat diambil ketika muncul masalah di komunitas maupun di fasyankes.

Pencatatan dilakukan di **register kohort ibu, bayi, balita dan KB serta Buku KIA**. Laporan dan pertemuan PWS KIA dilakukan di tingkat desa, Puskesmas dan Kab/Kota. Hasil PWS KIA juga digunakan sebagai **alat advokasi dan komunikasi lintas sektor** untuk perbaikan pelayanan KIA.

¹⁵⁵. Kementerian Kesehatan.(2021). Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Sejak 2021, sistem pencatatan PWS KIA di fasyankes didorong secara elektronik melalui platform E-Kohort yang berisi **register kohort ibu, bayi, balita dan KB yang dilengkapi dengan deteksi dini algoritma faktor risiko**. Selain itu, E-Kohort memuat data fasilitas pelayanan kesehatan jejaring dan SDM tenaga medis dan kader. Saat ini, **E-kohort juga sudah tersambung dengan Sistem Komunikasi Data Kesehatan Masyarakat (Komdat Kesmas)**.

Gambar 62. Alur Pendataan dan Pelaporan E-Kohort KIA di Fasyankes



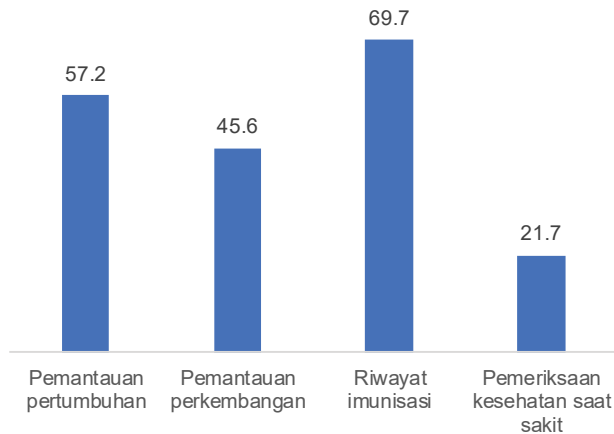
Sumber: Kementerian Kesehatan, 2022

Terdapat beberapa kendala dalam penggunaan *E-Kohort* di fasyankes primer yaitu:

- 1) **Kepatuhan pencatatan di Puskesmas masih rendah** karena tingginya beban pendataan di beberapa *platform* pelayanan dan program;
- 2) **Penggunaan untuk PWS KIA** belum optimal karena literasi data dan kemampuan analisis data kurang pada pengelola program;
- 3) **Profil risiko pada ibu dan anak minim tindak lanjut** karena notifikasi muncul jika membuka web di komputer yang tidak dibuka setiap hari;
- 4) **Pendaftaran dan pengisian data fasyankes oleh jejaring masih rendah** karena kurangnya komitmen, sarana tidak memadai serta tidak semua nakes mendapat pelatihan;
- 5) **Pendataan SDM masih dilakukan oleh tenaga kesehatan Puskesmas** karena komitmen dan literasi digital nakes jejaring dan kader masih rendah.

6.4.2 Pencatatan Status Kesehatan Individu

Gambar 63. Proporsi Pencatatan Buku KIA Berdasarkan Isi pada Balita (Riskesdas, 2018)



Buku KIA diharapkan sebagai satu-satunya alat pencatatan pelayanan KIA ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas, bayi dan balita. Buku KIA berisi **catatan ibu** (*antenatal care*, persalinan, nifas dan KB) dan **catatan anak** (imunisasi, pemantauan tumbuh kembang serta pelayanan kesehatan bayi dan balita).

Namun, kepemilikan Buku KIA masih rendah yaitu hanya **66,2% ibu hamil dan 49,7% balita memiliki dan mampu menunjukkan buku KIA**. Pemanfaatan buku KIA pada balita pun masih rendah, terutama pencatatan pemeriksaan pada balita sakit. Pencatatan kondisi kelahiran juga masih rendah terlihat dari proporsi balita yang **tidak memiliki catatan berat badan lahir 43,4%, panjang badan lahir 52,1% dan lingkaran kepala lahir 81,0%** (Riskesdas, 2018).

Upaya mendorong pemanfaatan Buku KIA sebagai satu-satunya alat pencatatan status kesehatan dan pelayanan KIA **belum sejalan** dengan pedoman pelayanan KIA terbaru yang **meminta pencatatan dilakukan di beberapa media**. Selain itu, sistem pencatatan status kesehatan individu di Puskesmas juga dilakukan melalui SIMPUS yang terintegrasi dengan sistem pembayaran (*billing*) P-Care BPJS. **Namun, tidak semua kebutuhan program KIA terakomodir dalam pencatatan di SIMPUS.**

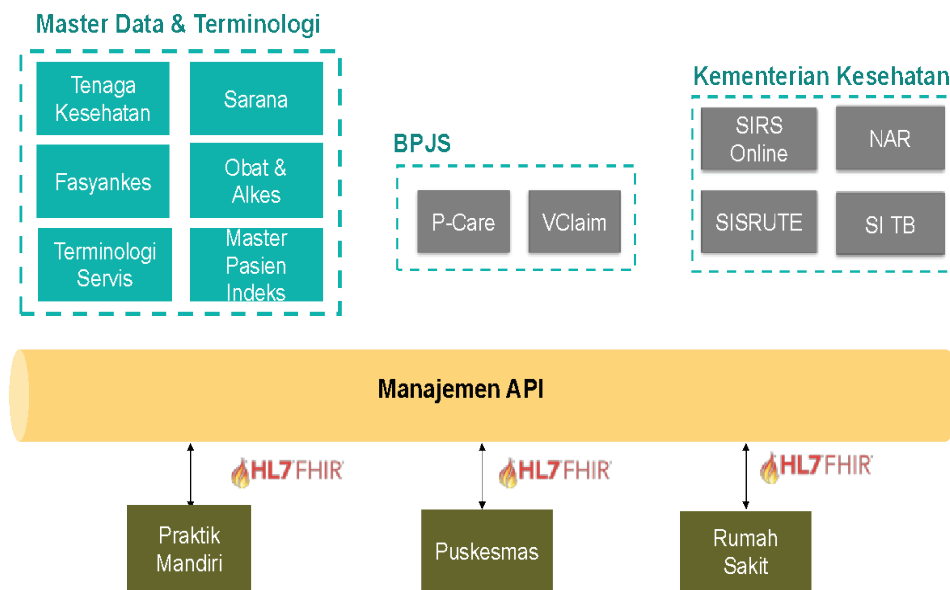
Tabel 16. Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan KIA Sesuai Permenkes No 21 Tahun 2021

No	Jenis Pelayanan	Media Pencatatan	Media Pelaporan
1	Pelayanan kesehatan remaja	1) Rekam medik <i>family folder</i> , 2) Kohort kesehatan usia sekolah dan remaja 3) Rapor Kesehatanku- Buku Catatan Kesehatan (SD,SMP/ SMA)	Sistem Informasi Puskesmas yang berlaku di Puskesmas (pelaporan setiap akhir bulan)
2	Pelayanan kesehatan calon pengantin	1) Rekam medik <i>family folder</i> 2) Kohort pelayanan kesehatan usia reproduksi 3) Kartu Calon Pengantin Sehat dan Surat Keterangan Pemeriksaan Kesehatan calon pengantin	
3	Pelayanan kesehatan pada Pasangan Usia Subur (PUS)	1) Rekam medik <i>family folder</i> 2) Kohort pelayanan kesehatan usia reproduksi 3) Kartu Keluarga Berencana	

No	Jenis Pelayanan	Media Pencatatan	Media Pelaporan
4	Pelayanan kehamilan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kartu Ibu atau rekam medis lainnya yang disimpan di fasilitas pelayanan kesehatan 2) Kohort ibu yang merupakan kumpulan data-data dari kartu ibu 3) Buku KIA (dipegang ibu) 4) Form pencatatan dari program yang sudah ada (imunisasi, malaria, gizi, KB, TB, dan lain-lain) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir laporan bulanan LB3 KIA 2. Laporan PWS KIA 3. Laporan PWS Imunisasi 4. Untuk lintas program terkait, pelaporan mengikuti formulir yang ada pada program tersebut
5	Pelayanan Persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kartu Ibu 2) Rekam medis family folder 3) Partograf 4) Buku KIA 	Formulir laporan bulanan LB3 KIA
6	Pelayanan pasca persalinan	<p>Bagi Ibu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kartu Ibu 2) Rekam medis <i>family folder</i> 3) Formulir Pemeriksaan Ibu Nifas 4) Kohort Ibu 5) Buku KIA <p>Bagi bayi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Formulir pencatatan bayi muda kurang dari 2 bulan (formulir MTBM) 2) Rekam medis <i>family folder</i> 3) Register rawat jalan bayi muda kurang dari 2 bulan 4) Register Kohort Bayi 5) Buku KIA 	Formulir laporan bulanan LB3 KIA dan LB3 KB

Di Rumah Sakit, pencatatan status kesehatan dan pelayanan KIA sudah menggunakan **satu platform di SIMRS**. Laporan bulanan RS kepada Kementerian Kesehatan melalui Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) berdasarkan Permenkes No. 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit. Terkait Pelayanan KIA, terdapat dua jenis pelaporan yaitu data rekapitulasi kegiatan pelayanan (RL 3.4) dan kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap (RL 4a). Namun, pada tahun 2020 **cakupan pelaporan RL 3.4 hanya 50,58% dan pelaporan RL 4a hanya 41,14%** (Kementerian Kesehatan, 2022). Hal ini dikarenakan kapasitas teknologi dan informasi RS belum memadai baik dari segi infrastruktur maupun SDM. Selain itu, pemantauan dan pendampingan teknis dari Dinas Kesehatan maupun Kementerian Kesehatan masih belum optimal.

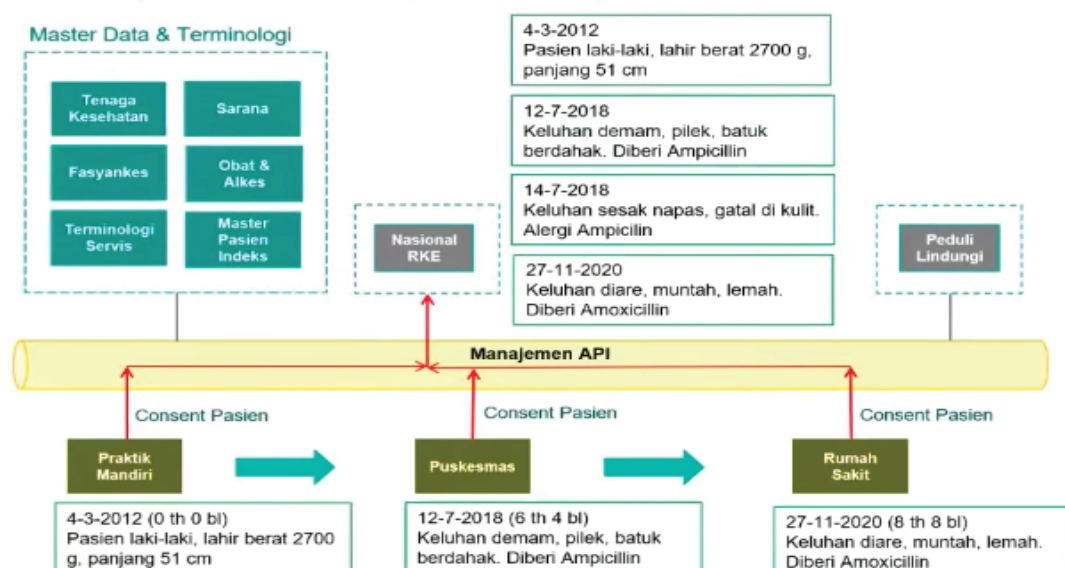
Gambar 64. Rancangan Interoperabilitas SIMPUS/SIMRS dengan Sistem Informasi BPJS dan Kementerian Kesehatan



Sumber: DTO Kementerian Kesehatan, 2022

Peluang penyediaan data individu terintegrasi dapat didorong melalui penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis Elektronik (RME) yang tertuang dalam Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Setiap fasyankes (praktik mandiri nakes, Puskesmas, klinik, RS, apotek, laboratorium kesehatan dan balai) baik pelayanan tatap muka maupun *telemedicine* **wajib menyelenggarakan RME. Interoperabilitas rekam medis antar fasyankes sangat penting** untuk memastikan ibu dan anak mendapatkan pelayanan yang berkesinambungan dan meningkatkan kualitas pelayanan. Namun, pada tahun 2022 ini masih ada 22% RS yang belum menerapkan SIMRS dan hanya 353 dari 2.258 RS yang menerapkan RME secara penuh sesuai pedoman (Kemenkes, 2022).

Gambar 65. Rancangan Interoperabilitas RME dalam Satu Sehat

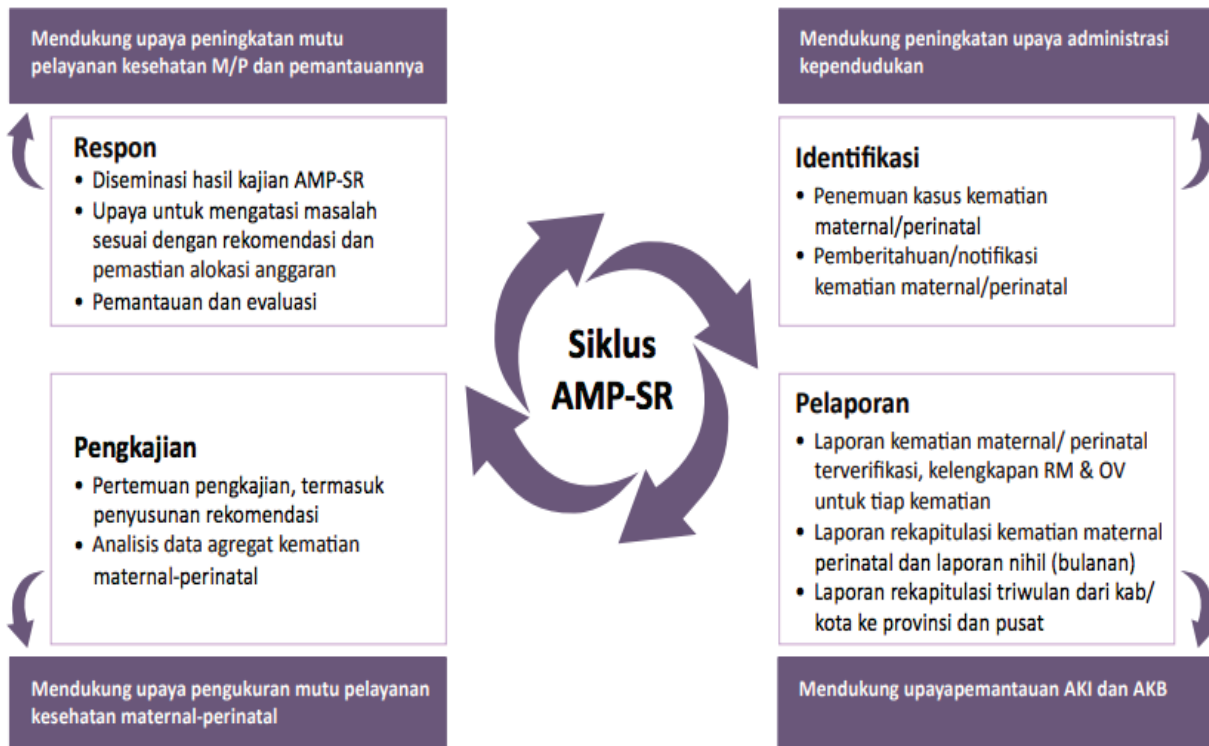


Sumber: DTO Kementerian Kesehatan, 2022

6.4.3. Pencatatan dan Pelaporan Kematian di Fasyankes

Pencatatan dan pelaporan kematian maternal dan perinatal di fasyankes merupakan bagian dari siklus kegiatan Audit Maternal Perinatal, Surveilans dan Respon (AMP-SR). Pencatatan dan pelaporan kematian ibu dan perinatal didorong untuk dilakukan melalui *platform* Maternal Perinatal Death Notification (MPDN) di RS dan Puskesmas. Namun, **masih terdapat tenaga kesehatan dan fasyankes yang mengirimkan notifikasi, pencatatan dan pelaporan secara manual.**

Gambar 66. Siklus Pelaksanaan AMP-SR



Sumber: Kementerian Kesehatan, 2022

Tabel 17. Perbedaan Proses Pencatatan dan Pelaporan Kematian Manual dan Menggunakan MPDN

Tahapan	Proses Manual	Prosedur MPDN
Identifikasi dan Notifikasi	<p>Kematian di masyarakat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bidan desa melakukan penapisan kematian WUS dengan form MAMA-IN 2) Bidan desa atau kader melaporkan melalui telepon/ SMS/Whatsapp/ mengunjungi rumah bidan koordinator Puskesmas dan aparat desa 3) Kemudian Puskesmas melaporkan kasus kepada Dinas kesehatan melalui SMS/Whatsapp (identitas, penyebab kematian dan kronologis kematian) <p>Kematian di RS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tenaga kesehatan melakukan penapisan kematian WUS dari catatan rekam medis 	<p>Kematian di masyarakat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bidan desa atau kader melaporkan melalui telepon/ SMS/Whatsapp/ mengunjungi rumah bidan koordinator Puskesmas dan aparat desa 2) Puskesmas mengisi MPDN dan notifikasi akan muncul pada aplikasi MPDN di kab/kota 3) Jika tidak mendapat respon dari Kab/Kota, Puskesmas telpon/ WA ke Dinkes Kab/Kota <p>Kematian di RS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tenaga kesehatan melakukan penapisan kematian WUS dari catatan rekam medis dan melakukan input di MPDN 2) Dilakukan kodifikasi: <ul style="list-style-type: none"> • Penyebab langsung dan tidak langsung • Diagnosis penyakit utama
Pelaporan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pengelola program Dinkes Kab/ kota mencatat pelaporan di formulir elektronik secara manual, kemudian meminta Puskesmas untuk melakukan otopsi verbal 2) Puskesmas melakukan otopsi verbal dan melaporkan menggunakan formulir Otopsi Verbal Maternal/Perinatal (OVM/P), formulir kronologis kematian, sesuai format dari Kemenkes 3) Jika kematian di RS, RS tempat meninggal melaporkan ringkasan medis atau ringkasan medis perantara 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dinas kesehatan melakukan proses regionalisasi, kategorisasi dan verifikasi data kematian yang diterima melalui akun verifikator 2) Verifikator mempelajari data yang diterima, melakukan Verifikasi. Apabila tidak ada informasi yang dapat dirubah/ditambahkan, verifikator melakukan finalisasi. Sehingga terdapat 3 jenis data: Diterima, Diverifikasi dan Final 3) Laporan Kematian yang disajikan dalam 3 bentuk: Layar Utama (Dashboard), Daftar Kematian dan Rekapitulasi Kematian 4) Laporan Kematian kemudian dikirimkan kepada Penerima dan Pelapor yang sesuai hak aksesnya

Tahapan	Proses Manual	Prosedur MPDN
Pengkajian	Tim Pengkaji AMP melakukan pengkajian kasus menggunakan formulir rekam audit dan ringkasan pengkaji kematian	Tim Pengkaji AMP melakukan pengkajian kasus menggunakan fitur/ menu pengkajian di MPDN
Tindak Lanjut/ Respons	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tim sekretariat AMP-SR di Kab/Kota menyusun rekomendasi dan aksi tindak lanjut yang melibatkan lintas sektor 2) Diseminasi hasil pengkajian kematian kepada pihak-pihak terkait untuk pembelajaran bersama dan memperoleh masukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tim sekretariat AMP-SR di Kab/Kota menyusun rekomendasi dan aksi tindak lanjut yang melibatkan lintas sektor 2) Diseminasi hasil pengkajian kematian kepada pihak-pihak terkait untuk pembelajaran bersama dan memperoleh masukan

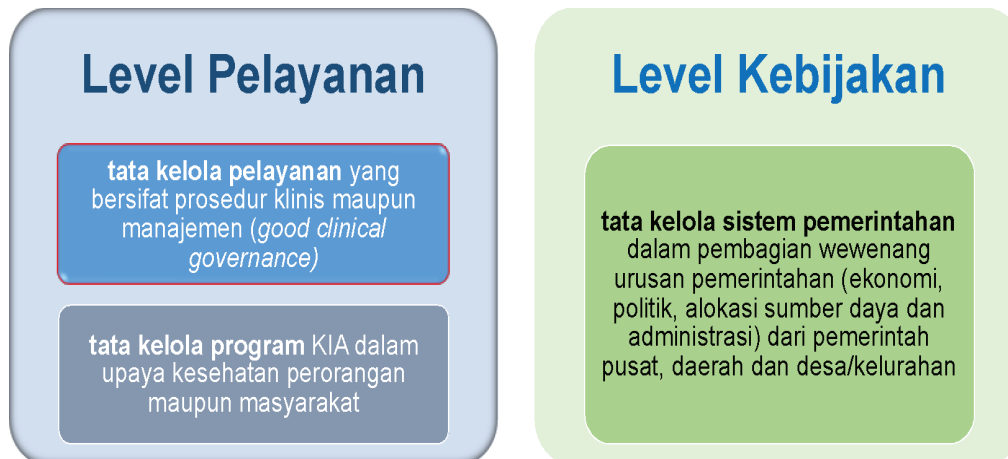


BAB 7
TATA KELOLA
PENYELENGGARAAN KIA
BERKUALITAS



Tata kelola dalam penyelenggaraan kesehatan ibu dan anak terdiri dari tata kelola klinis, manajemen program, dan tata kelola kebijakan. Tata kelola klinis yaitu pengorganisasian pelayanan dan prosedur klinis yang baik (*good clinical governance*), sedangkan tata kelola program yaitu pengorganisasian sumber daya, pembiayaan dan kegiatan upaya kesehatan perorangan maupun masyarakat dalam program KIA. Tata kelola di level kebijakan merupakan sistem pemerintahan dalam pembagian wewenang dan urusan pemerintahan dalam pelayanan KIA (ekonomi, politik, alokasi sumber daya dan administrasi) dari pemerintah pusat, daerah dan desa/kelurahan).

Gambar 67. Tata Kelola untuk KIA di Level Pelayanan dan Kebijakan



7.1 Tata Kelola Kualitas di Tingkat Kebijakan

Berdasarkan UU No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, peran pemerintah daerah provinsi dan kab/kota sangat penting dalam agenda pembangunan kesehatan termasuk kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu, pembagian peran pemerintah pusat, provinsi dan kab/kota dalam urusan bidang kesehatan juga telah diatur dalam undang-undang tersebut (Tabel 18). Pada pasal 11 ayat (4) UU Nomor 23 Tahun 2014 menyatakan bahwa penyelenggaraan urusan pemerintahan wajib termasuk kesehatan, diperlukan penetapan pedoman standar minimal. Sebagai tindak lanjut, diterbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal **untuk mendorong mutu pelayanan dasar baik dari ukuran kuantitas maupun kualitas sesuai standar teknis agar hidup secara layak**. Selanjutnya, untuk SPM bidang kesehatan diatur lebih teknis dalam **Permenkes No. 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang terdiri dari 12 jenis layanan dan 4 diantaranya merupakan layanan terkait kesehatan ibu dan anak**.

Tabel 18. Pembagian Kewenangan Urusan Pemerintah Bidang Kesehatan Antara Pemerintah Pusat, Provinsi Dan Kab/Kota

Urusan	Daerah Kab/Kota	Provinsi	Pusat
Upaya Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Pengelolaan UKP di kab/kota b. Pengelolaan UKM daerah kab/kota dan rujukan tingkat daerah kab/kota c. Penerbitan izin RS kelas C dan D dan fasyankes tingkat kab/kota 	<ul style="list-style-type: none"> a. Pengelolaan UKP rujukan tingkat daerah provinsi/lintas kab/kota b. Pengelolaan UKM rujukan tingkat daerah provinsi/lintas kab/kota c. Penerbitan izin rumah sakit kelas B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat provinsi 	<ul style="list-style-type: none"> a. Pengolahan UKP rujukan nasional/lintas daerah provinsi b. Pengolahan UKM rujukan nasional/lintas daerah provinsi c. Penyelenggara registrasi, akreditasi, standardisasi fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta
Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Penerbitan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan b. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP daerah kab/kota 	<ul style="list-style-type: none"> a. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP daerah provinsi 	<ul style="list-style-type: none"> a. Penetapan standardisasi dan registrasi tenaga kesehatan Indonesia, tenaga kesehatan warga negara asing (TK-WNA), serta penerbitan rekomendasi pengesahan rencana penggunaan tenaga kerja asing (RPTKA) dan izin memperkerjakan tenaga asing (IMTA) b. Penetapan penempatan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis bagi daerah yang tidak mampu dan tidak diminati c. Penetapan standar kompetensi teknis dan sertifikasi pelaksana urusan pemerintahan bidang kesehatan d. Penetapan standar pengembangan kapasitas SDM kesehatan e. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP nasional

Urusan	Daerah Kab/Kota	Provinsi	Pusat
Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, & Makanan Minuman	<ul style="list-style-type: none"> a. Penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal b. Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT) c. Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga d. Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga e. Pengawasan post-market produk makanan-minuman industri rumah tangga 	<ul style="list-style-type: none"> a. Penerbitan pengakuan pedagang besar farmasi (PBF) cabang dan cabang penyalur alat kesehatan (PAK) b. Penerbitan izin usaha kecil obat tradisional (UKOT). 	<ul style="list-style-type: none"> a. Penyediaan obat, vaksin, alat kesehatan, dan suplemen kesehatan program nasional b. Pengawasan ketersediaan pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan c. Pembinaan dan pengawasan industri, sarana produksi dan sarana distribusi sediaan farmasi, obat tradisional, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT), bahan obat, bahan baku alam yang terkait dengan kesehatan d. Pengawasan pre-market obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, PKRT, dan makanan minuman e. Pengawasan post-market obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, PKRT, dan makanan minuman
Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh kab/kota, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat kab/ kota.	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh provinsi, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat provinsi	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh nasional dan internasional, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat serta dunia usaha tingkat nasional dan internasional

Pada Tahun 2021 capaian SPM terkait pelayanan KIA secara nasional **belum ada layanan yang mencapai target 100%**. Hal ini mengindikasikan bahwa **walaupun secara cakupan sebagian besar layanan tercapai, tetapi kualitas pelayanan KIA masih belum optimal**.

Tabel 19. Capaian Indikator SPM Bidang Kesehatan 2021

INDIKATOR SPM BIDANG KESEHATAN	CAPAIAN 2021 (%)
Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil	61,8
Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin	62,5
Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir	64,1
Pelayanan Kesehatan Balita	55,5
Pelayanan Kesehatan Usia Pendidikan Dasar	37,3
Pelayanan Kesehatan Usia Produktif	36,9
Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut	50,2
Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi	28,3
Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus	37,6
Pelayanan Kesehatan ODGJ Berat	2,0
Persentase Orang Terduga Tuberkulosis	24,4
Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Risiko Terinfeksi Virus yang Melemahkan Daya Tahan Tubuh Manusia (HIV)	41,1

Sumber: Pusdatin, Kemkes 2022

Adapun tantangan dalam tata kelola kebijakan dalam penyelenggaraan KIA yaitu:

1. Ada **perbedaan ruang lingkup layanan, definisi dan indikator standar kualitas** pelayanan KIA pada Permenkes No. 4 tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Permenkes No. 21 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual (*detail bisa dilihat di lampiran 1*). Hal ini menyebabkan perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi kebijakan KIA di daerah kurang efektif. Secara umum beberapa kesenjangan standar kualitas pelayanan KIA adalah sebagai berikut:
 - a. Terdapat inkonsistensi mengenai lingkup kualitas pelayanan (standar kualitas maupun kuantitas), standar SDM dan *setting* pelayanan yang belum semuanya dijelaskan dan diharmonikan dalam SPM dan Permenkes Nomor 21 Tahun 2021.
 - b. Pelayanan kesehatan remaja dan usia subur pada SPM masih terbatas pada edukasi dan penjaringan risiko di komunitas. Pemeriksaan dan pelayanan kesehatan lanjutan di fasyankes yang penting untuk menjamin ketuntasan pelayanan belum terakomodir di SPM sehingga perlu menambahkan dalam SPM dengan prosedur pelayanan dapat merujuk pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2021.
 - c. Pada pelayanan ANC, SPM belum menyesuaikan prosedur terbaru yaitu 6 kali dan penambahan prosedur penggunaan USG. Selain itu, belum mengakomodir kualitas pelayanan ANC terkait manajemen ibu hamil risiko tinggi.
 - d. Pada pelayanan persalinan, SPM belum menyesuaikan standar SDM terbaru yaitu minimal 3 orang tenaga kesehatan dan 2 orang tenaga kesehatan pada sulit akses. Selain itu, perlu standar dan indikator terkait pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

- e. Masih terdapat *gap* standar untuk pelayanan ibu nifas yang belum tercantum dalam SPM. Pada pedoman Penyelenggaraan sesuai Permenkes No. 21 tahun 2021 sudah dicantumkan mengenai standar kualitas dan kuantitas pelayanan nifas, tetapi belum tercantum standar sarana prasarana dan farmalkes yang perlu dipenuhi.
 - f. Permenkes No. 21 tahun 2021 belum mencakup pelayanan balita. Pada SPM sudah mencakup pelayanan balita, tetapi perlu peninjauan ulang untuk standar kuantitas dan kualitas agar juga mengakomodir balita sakit. Selain itu, penilaian kinerja belum konsisten karena belum mengikutsertakan usia 0-11 bulan, sedangkan pelayanan ditujukan untuk balita usia 0-59 bulan.
2. Terdapat **tumpang tindih pemantauan dan sistem informasi** mengenai implementasi SPM antara unit di Kementerian Kesehatan dan Kementerian Dalam Negeri. Padahal, data yang dikumpulkan relatif sama. Hal ini menyebabkan pembinaan umum dan pembinaan teknis kepada pemerintah daerah tidak optimal karena terdapat perbedaan data yang dilaporkan di masing-masing unit.

Tabel 20. Perbandingan Peran dan Sistem Informasi Pemantauan SPM Bidang Kesehatan

Isu	PPJK Kemenkes	Pusdatin Kemenkes	Biro Perencanaan Kemenkes	Bangda Kemendagri
Peran	Memantau dan menyusun juknis anggaran SPM	Mengumpulkan laporan kinerja pemda	Memantau pencapaian indikator SPM	Binwas pelaksanaan SPM, penghargaan dan sanksi
Sistem	Siscobikes (Sistem <i>costing</i> dan pembiayaan Kesehatan)	Komdat SPM	Monev terpadu manual	e-SPM
Data	1) Target 2) Kebutuhan dan sumber dana 3) Kinerja 4) Sarpras 5) SDM	1) Target 2) Kinerja	1) Target 2) Kinerja 3) Alokasi dan penyerapan anggaran 4) Implementasi dan hambatan	1) Target 2) Kinerja 3) Alokasi dan penyerapan anggaran
Pelapor di daerah	Sekretaris dinas kesehatan	Sekretaris dinas kesehatan	Sekretaris dinas kesehatan	Biro perencanaan Bappeda

3. **Komitmen dan kapasitas pemerintah daerah provinsi dan kab/kota bervariasi** dalam menyusun kebijakan berbasis bukti, perencanaan dan penganggaran, manajemen program yang efektif, dan pelaksanaan pembinaan kepada pelaksana teknis karena kurangnya intensitas dan kualitas pembinaan dari pemerintah pusat. Selain itu, kesempatan pelatihan, beasiswa dan peningkatan kapasitas lainnya terkait tata kelola yang efektif bagi pemerintah daerah terbatas.

7.2 Tata Kelola Kualitas di Tingkat Pelayanan

Upaya pemerintah untuk peningkatan mutu pelayanan KIA di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan melalui akreditasi FKTP dan RS. Akreditasi merupakan salah satu upaya peningkatan mutu dengan memberikan pengakuan terhadap mutu pelayanan kesehatan setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi yang disetujui oleh otoritas

tertentu, salah satunya Pemerintah.¹⁵⁶ Untuk menjamin kualitas layanan KIA sebagai program prioritas nasional, akreditasi Puskesmas dan Rumah Sakit telah menyesuaikan aspek penilaian dengan menambahkan **pelayanan KIA menjadi aspek penilaian tersendiri sebagai program nasional**.

Di sisi lain, dalam **indikator mutu nasional**,¹⁵⁷ **penjaminan kualitas pelayanan KIA belum diakomodir dengan komprehensif**. Misalnya, di Puskesmas, indikator mutu adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar, sedangkan untuk persalinan yang krusial dalam *survival* ibu belum terakomodir. Selain itu, di Rumah Sakit indikator mutu terkait KIA adalah waktu tanggap operasi *sectio caesarea* emergensi belum mencerminkan pada luaran pasien. Oleh karena itu, perlu mengakomodir indikator yang lebih spesifik untuk kualitas dan cakupan efektif misalnya *Case Fatality Rate* penyebab utama kematian ibu yaitu preeklampsia, perdarahan dan infeksi serta penyebab kematian tertinggi neonatal yaitu hipotermia/ BBLR, asfiksia dan infeksi.

Tabel 21. Pelayanan KIA dalam Elemen Penilaian Akreditasi Puskesmas dan Rumah Sakit

Pelayanan KIA dalam Akreditasi RS ¹⁵⁸	Pelayanan KIA dalam Akreditasi Puskesmas
<p>Standar Prognas 1_Rumah sakit melaksanakan program PONEK 24 jam dan 7 hari seminggu</p> <p><u>Elemen Penilaian Prognas 1:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelaksanaan PONEK 24 jam. 2) Terdapat Tim PONEK yang ditetapkan oleh rumah sakit dengan rincian tugas dan tanggungjawabnya 3) Terdapat program kerja yang menjadi acuan dalam pelaksanaan program PONEK Rumah Sakit sesuai maksud dan tujuan 4) Terdapat bukti pelaksanaan program PONEK Rumah Sakit 5) Program PONEK Rumah Sakit dipantau dan dievaluasi secara rutin <p>Standar Prognas 1.1 Untuk meningkatkan efektifitas sistem rujukan maka Rumah Sakit melakukan pembinaan kepada jejaring fasilitas kesehatan rujukan yang ada</p> <p><u>Elemen Penilaian Standar Prognas 1.1:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Rumah sakit menetapkan program pembinaan jejaring rujukan rumah sakit 2) Rumah sakit melakukan pembinaan terhadap jejaring secara berkala 3) Telah dilakukan evaluasi program pembinaan jejaring rujukan 	<p>4.2 Puskesmas melaksanakan pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, masa sesudah melahirkan dan bayi baru lahir</p> <p><u>Elemen Penilaian Prognas 2:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ditetapkannya indikator dan target kinerja pelayanan 2) Ditetapkan program penurunan AKI dan AKB 3) Tersedia alat, obat, bahan habis pakai dan prasarana pendukung pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir termasuk standar alat kegawatdaruratan maternal dan neonatal sesuai dengan standar dan dikelola sesuai dengan prosedur 4) Dilakukan pelayanan kesehatan pada masa hamil, masa persalinan, masa sesudah melahirkan dan bayi baru lahir sesuai dengan prosedur yang ditetapkan, kewajiban penggunaan partograf pada saat pertolongan persalinan dan upaya stabilisasi pra rujukan pada kasus komplikasi termasuk pelayanan pada Puskesmas mampu PONEK sesuai dengan kebijakan, pedoman/panduan, prosedur dan kerangka acuan yang telah ditetapkan 5) Kegiatan penurunan AKI dan AKB dikoordinasikan dan dilaksanakan sesuai dengan rencana kegiatan yang disusun bersama lintas program dan lintas sektor 6) Dilakukan pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan program penurunan AKI dan AKB termasuk pelayanan kesehatan pada masa hamil, persalinan dan bayi baru lahir di Puskesmas 7) Dilakukan pencatatan dan pelaporan sesuai prosedur yang telah ditetapkan

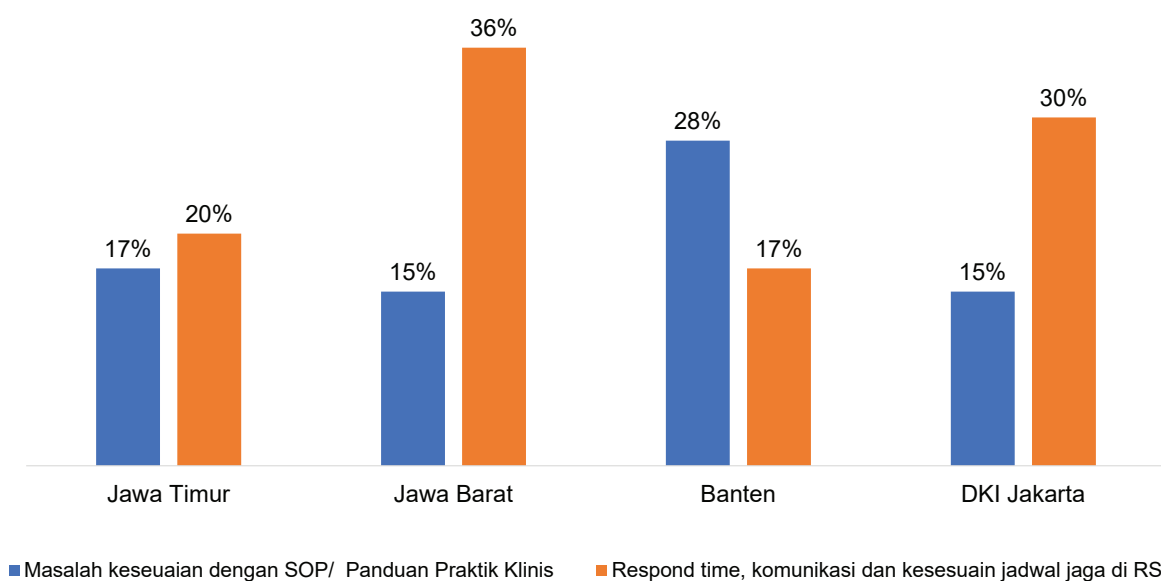
¹⁵⁶. World Health Organization. (2003); Quality and accreditation in health care services : a global review. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68410>

¹⁵⁷. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Temporal Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah

¹⁵⁸. Kepmenkes No HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Akreditasi Rumah Sakit

Pada tahun 2021, capaian akreditasi RS sudah cukup tinggi yaitu 88,4%, namun FKTP yang terakreditasi baru mencapai **56,4%**. Namun demikian, **persentase Puskesmas siap PONED dan RS siap PONEK masih rendah** baik berdasarkan standar sarana, prasarana dan alat kesehatan maupun standar SDM yang seharusnya masuk ke dalam elemen penilaian akreditasi. Selain itu, hasil evaluasi mutu layanan PONEK pada 10 RS di Jawa Timur ditemukan **masih lemahnya pelaksanaan standar proses** yaitu tidak rutinnya pelaksanaan AMPSR dan rapat koordinasi manajemen serta pelaksanaan komunikasi rujukan pasien dan operan jaga yang tidak sesuai pedoman. Selain itu, kepatuhan tenaga kesehatan masih rendah terhadap protokol Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan Panduan Praktik Klinis (PPK)¹⁵⁹ karena **tidak banyak upaya untuk memastikan kepatuhan terhadap PNPk** untuk pelayanan KIA di Fasyankes publik dan swasta oleh Kementerian Kesehatan maupun BPJS dalam upaya pengendalian mutu.

Gambar 68. Penyebab Kematian Perinatal Terkait Tata Kelola Layanan di 4 Provinsi



Sumber: Kementerian Kesehatan, 2022

Hasil audit maternal perinatal di 5 provinsi juga menunjukkan lebih dari 50% pasien mengalami keputusan klinis yang tidak tepat, 47% terlambat mendapatkan tindakan operasi, 74% kematian terjadi setelah 6 jam masuk RS. Selain itu, **tata kelola tidak sesuai standar, layanan tidak terkoordinasi dan kurang tanggap menyebabkan keterlambatan penanganan kasus kematian perinatal**¹⁶⁰ Di tingkat pelayanan kesehatan primer pengelolaan faktor risiko dan komplikasi pun belum optimal yaitu hanya 55,3% Ibu dengan komplikasi kehamilan yang dirujuk segera.¹⁶¹ Selain itu, kepatuhan prosedur 10T lengkap pada ANC sangat rendah yaitu 2,7%¹⁶². Hal ini mencerminkan bahwa budaya pemberian layanan berkualitas belum terjadi di FKTP maupun FKRTL. Kepedulian terhadap kualitas meningkat menjelang akreditasi saja, tetapi setelah akreditasi perlahan menurun bahkan hilang karena akreditasi masih dipersepsikan sebagai sebuah persyaratan administratif yang wajib dipenuhi oleh fasyankes untuk mendapatkan pengakuan dari pemerintah maupun masyarakat.

¹⁵⁹. Djasri, H., Nappoe, S.A. (2022). Analisa Situasi terhadap Kebijakan dan Strategi Mutu Nasional dalam Pelayanan KIA.

¹⁶⁰. Hasil Telaahan Kematian Maternal Perinatal di 5 Provinsi, Kemkes 2021

¹⁶¹. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018.

¹⁶². Kementerian Kesehatan. 2017. Laporan Hasil Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) 2016

Akreditasi tidak bisa dijadikan satu-satunya metode untuk menjamin kualitas pelayanan KIA karena hanya mampu menangkap aspek input. Oleh karena itu, **perlu standar nasional yang lebih komprehensif** mengatur aspek input, proses, output dan *outcome* dari kualitas pelayanan KIA.¹⁶³ Potensi penjaminan kualitas dari aspek proses, output dan *outcome* adalah melalui pelaksanaan AMPSR yang berkualitas karena dapat mengidentifikasi akar masalah secara terstruktur dari tingkat komunitas hingga fasilitas kesehatan yang dilakukan kolaboratif oleh berbagai pihak. Setelah itu, disusun rekomendasi perbaikan baik untuk tata kelola klinis, manajemen layanan dan program serta kebijakan dan penganggaran secara komprehensif.¹⁶⁴ Pada tahun 2019, terdapat **79,6% kabupaten/kota yang melakukan audit** maternal-perinatal.¹⁶⁵ Namun kualitas audit masih belum optimal karena **tidak rutin, tidak bisa menggali akar masalah, tidak koheren antara masalah dan rekomendasi, serta aksi tindak lanjut yang jarang dilaksanakan.**¹⁶⁶

¹⁶³. Utarini, A. 2022. Hasil FGD Penguatan Kualitas Tata Kelola Klinis Pelayanan KIA di Fasilitas Pelayanan Primer dan Rujukan tanggal 1 November 2022: Bappenas

¹⁶⁴. Improving the quality of care for maternal, newborn and child health: implementation guide for national, district and facility levels. Geneva: World Health Organization; 2022

¹⁶⁵. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019

¹⁶⁶. Cahyanti, R.D., Widyawati, W. & Hakimi, M. "Sharp downward, blunt upward": district maternal death audits' challenges to formulate evidence-based recommendations in Indonesia - a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 21, 730 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04212-7>



BAB 8
ISU STRATEGIS DALAM
PENGUATAN PELAYANAN
KESEHATAN IBU DAN ANAK

Berdasarkan analisis situasi dan pengumpulan data, terdapat 7 isu strategis dalam meningkatkan pelayanan KIA terkait cakupan efektif dan kualitas pelayanan, kapasitas pelayanan kegawatdaruratan, kualitas tata kelola, kapasitas SDM (*health workforce*), model pelayanan, sistem informasi, pembiayaan serta KIE dan pemberdayaan masyarakat.

Tabel 22. Ringkasan Isu Strategis Penguatan Pelayanan KIA

Isu Strategis	Penjelasan
<p>1) Meningkatkan Kualitas dan Cakupan Efektif</p>	<p>a. Pelayanan KIA masih berfokus pada frekuensi/kuantitas kunjungan (<i>crude coverage</i>) belum sampai kepada pemenuhan kualitas dan peningkatan kepatuhan. Sehingga, cakupan efektif belum bisa dilihat karena ada kesenjangan data dan intervensi yang efektif</p> <p>Contoh:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saat ini ANC untuk cakupan lengkap sudah tinggi, namun yang memenuhi standar 10 T dan patuh mengonsumsi TTD belum dapat diketahui karena belum terdapat data terpercaya • Cakupan lengkap KF dan KN pun masih kurang, selain itu cakupan KN1 sesuai standar masih rendah dan KF1 sesuai standar belum terdapat datanya <p>b. Peningkatan operasi SC signifikan dari 872.227 tahun 2018 menjadi 1.022.098 tahun 2021, bahkan proporsi SC pada tahun 2021 mencapai 64,9%, melebihi standar WHO 10-15%¹⁶⁷</p> <p>c. Perlu pemenuhan kualitas layanan yang dilihat dari pemenuhan standar input, proses, output serta mekanisme penilaian kinerjanya. Elemen penilaian akreditasi Puskesmas maupun RS pada Program Nasional AKI saat ini masih terdapat kesenjangan mengenai aspek kualitas SDM, sistem informasi dan audit kematian</p>
<p>2) Kapasitas dan kualitas pelayanan gadar dan sistem rujukan untuk mengatasi “3 <i>terlambat</i>”</p>	<p>a. Rujukan terencana belum optimal karena risiko kehamilan tidak terdeteksi lebih awal dan pengelolaan risiko kehamilan di fasyankes primer tidak sesuai pedoman pelayanan dan tenaga kompetensi yang menangani tidak sesuai dengan kompetensinya</p> <p>b. Komunikasi dan stabilisasi pra rujukan belum dilakukan sesuai prosedur oleh fasyankes primer. Kecepatan dan ketepatan tatalaksana di RS tidak bisa dilakukan karena informasi kondisi pasien dan penanganan sebelumnya tidak tersedia</p> <p>c. Kesiapan dan kesiapan tim PONEK dan PONEK belum optimal dalam mendeteksi lebih awal tanda kegawatdaruratan dan keputusan tindakan medis yang cepat dan akurat. RS siap pelayanan PONEK 40% dan Puskesmas siap pelayanan PONEK berdasarkan standar SDM 50%¹⁶⁸</p>

¹⁶⁷. Data Klaim BPJS, 2022

¹⁶⁸. Data Monitoring Kementerian Kesehatan, 2022

Isu Strategis	Penjelasan
<p>3) Kualitas tata kelola belum optimal di level kebijakan dan pelayanan</p>	<p>a. Kapasitas pemda dalam perencanaan, penganggaran, pendampingan ke fasyankes belum optimal</p> <p>b. Tata kelola klinis dan manajemen risiko pada pelayanan KIA belum dilakukan sesuai pedoman. Hanya 9% pasien yang dirujuk dilakukan stabilisasi pra rujukan yang memadai (EMNC, 2019) dan 55,3% Ibu komplikasi kehamilan dirujuk segera¹⁶⁹</p> <p>c. Komunikasi antar unit dan tenaga kesehatan di RS dan antar program di Puskesmas belum efektif. Keterlambatan pengambilan keputusan klinis di UGD karena kesulitan komunikasi tenaga kesehatan senior sebagai pengambil keputusan klinis dan miskordinasi dengan laboratorium, kamar operasi dan UTD</p> <p>d. Manajemen SDM: jadwal jaga tim tenaga kesehatan tidak dikelola dengan baik sehingga tim PONEK dan tim PONEK yang sudah dilatih tidak seluruhnya bisa <i>standby 24/7</i></p>
<p>4) Jenis, Distribusi dan kualitas SDM (<i>health workforce</i>)</p>	<p>a. Kekurangan jumlah tenaga kesehatan utama yaitu dokter, spesialis, bidan, ATLM jika merujuk ke standar tenaga Puskesmas dan RS¹⁷⁰</p> <p>b. Maldistribusi tenaga kesehatan: masih terdapat Puskesmas tanpa bidan di Papua 16,7% dan Maluku 8,1% serta kesenjangan rasio dokter di wilayah Barat dan Timur Indonesia¹⁷¹</p> <p>c. Beban kerja tenaga kesehatan tinggi di luar tupoksi: 95% Puskesmas tenaga kesehatan mengerjakan tugas di luar kompetensi dalam hal manajemen, dan 66% dalam hal tata laksana klinis¹⁷²</p> <p>d. Kader belum dilibatkan dengan formal dan terstruktur dalam pendataan, edukasi, penilaian risiko awal, pemantauan tanda bahaya di komunitas karena minimnya peningkatan kapasitas dan kurangnya pendampingan dari fasyankes dan pemda</p> <p>e. Kurangnya keterampilan prosedur klinis dan pengambilan keputusan klinis tenaga kesehatan di fasyankes karena kepemimpinan klinis yang belum optimal. Kemampuan tenaga kesehatan dalam aspek pemeriksaan dan kewaspadaan tanda bahaya sangat rendah</p>
<p>5) Model pelayanan belum berorientasi pada kebutuhan penerima manfaat</p>	<p>a. Model layanan pasif tidak/belum sepenuhnya menjangkau kebutuhan pasien dan kondisi wilayah</p> <p>b. Kendala geografis, praktik sosial budaya, status ekonomi, di DTPK belum mampu diatasi model pelayanan yang ada (pelayanan pasif/ dalam gedung, pembiayaan akomodasi pengantar ibu ke RTK)</p> <p>c. Jam buka Puskesmas di perkotaan tidak sesuai dengan mobilitas dan preferensi ibu dan remaja</p>
<p>6) Sistem informasi individu dan data kematian belum tersedia optimal di tingkat fasyankes</p>	<p>a. Status kesehatan individu belum bisa diakses antar fasyankes sehingga diperlukan pemeriksaan ulang saat pasien dirujuk yang menyebabkan kurangnya kecepatan dan ketepatan penanganan</p> <p>b. Sistem informasi masih terfragmentasi antar faskes dan antar program yang menyebabkan beban pengisian data dan pelaporan bertambah bagi tenaga kesehatan</p> <p>c. Cakupan dan kualitas pencatatan kematian ibu dan anak masih belum optimal karena belum terintegrasinya pencatatan kematian dalam MPDN, Sistem BPJS dan registrasi kependudukan</p>

¹⁶⁹. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018.

¹⁷⁰. Kementerian Kesehatan. Sistem Infomasi SDM, Juni 2022

¹⁷¹. Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019

¹⁷². Kementerian Kesehatan. 2019. Laporan Hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019

Isu Strategis	Penjelasan
<p>7) Berbagai sumber pembiayaan belum sepenuhnya menjamin efektivitas dan <i>equity</i> dalam pelayanan KIA</p>	<p>a. Alokasi promotif dan preventif masih belum optimal terutama untuk skrining, penjangkauan di komunitas, kunjungan rumah dan pelibatan kader. Sebagian besar rata-rata realisasi anggaran KIA tahun 2018-2021 untuk pengadaan obat dan persediaan kesehatan serta Jampersal</p> <p>b. Potensi BLUD belum dioptimalkan fasyankes untuk KIA karena ketidaksesuaian tarif dan minimnya pendampingan pemda</p> <p>c. Masih terdapat out of pocket persalinan terutama untuk pemilik JKN (Rp 887.603), masyarakat sangat miskin (Rp. 594.435) serta miskin dan rentan (Rp. 972.091)</p> <p>d. Terdapat gap paket manfaat dan tarif JKN terutama tarif non kapitasi dengan prosedur pelayanan (Permenkes No 21 Tahun 2021)</p> <p>e. Belum ada mekanisme pembiayaan untuk penduduk tanpa identitas yang belum memiliki JKN</p>
<p>8) KIE dan pemberdayaan masyarakat belum efektif mendorong perubahan perilaku individu maupun masyarakat</p>	<p>a. Pesan edukasi dan metode edukasi tidak sesuai dengan kebutuhan target, sehingga sulit dipahami dan mendorong perubahan perilaku</p> <p>b. Pemantauan dan evaluasi berbagai program pemberdayaan masyarakat belum optimal seperti P4K, Posyandu, Desa Siaga sehingga deteksi tanda bahaya kehamilan dan rujukan terencana yang lebih awal tidak bisa dilakukan</p> <p>c. Peran potensial dan kelembagaan kader belum optimal karena belum ada dukungan yang kuat terkait regulasi, pelatihan, operasional penjangkauan, insentif memadai</p>



BAB 9

REKOMENDASI KEBIJAKAN



9.1 Sasaran Utama, Indikator, dan Target

Mempertimbangkan capaian kesehatan ibu dan anak yang perlu kerja keras untuk pencapaian SDGs 2030 dan kapasitas sistem kesehatan saat ini yang belum optimal serta potensi risiko ketahanan kesehatan ke depan, perlu kebijakan **berdaya ungkit dan terukur dalam menghentikan kematian yang dapat dicegah pada ibu, bayi dan balita anak melalui cakupan efektif, equity, dan pelayanan KIA berkualitas.**

Tujuan kebijakan KIA 2025-2029 yaitu:

1. Meningkatkan cakupan efektif dan kualitas pelayanan KIA dan sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan primer dan rujukan
2. Meningkatkan akses pelayanan semesta KIA pada semua siklus hidup, termasuk remaja

Berdasarkan tujuan tersebut maka sasaran kebijakan KIA adalah sebagai berikut:

1. Setiap perempuan memiliki status kesehatan yang optimal
2. Penyediaan pelayanan kesehatan remaja putri, WUS, ibu hamil, ibu bersalin dan nifas yang berkualitas
3. Setiap bayi lahir dengan selamat
4. Penyediaan pelayanan kesehatan bayi yang berkualitas
5. Setiap balita memiliki status kesehatan yang optimal
6. Penyediaan pelayanan kesehatan balita yang berkualitas

Untuk mencapai tujuan dan sasaran tersebut, maka indikator dan target prioritas yang ingin dicapai perlu menambahkan elemen kualitas baik di aspek *input*, *output* dan *outcome* sebagaimana ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 23. Sasaran, Indikator dan Target Kebijakan KIA 2025-2029

No	Sasaran	Indikator	Baseline	Proyeksi 2025	Proyeksi 2029
1	Setiap perempuan memiliki status kesehatan yang optimal	a) Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup	189 (LF SP, 2020)	126	79
		b) Prevalensi anemia pada ibu hamil (%)	48,9 (Riskesdas, 2018)	62,77	66,98
		c) Angka Kelahiran Pada Perempuan Tahun (ASFR) umur 15-19 tahun (per 1.000 perempuan)	26,64 (LF SP, 2020)	29,22	25,17
		d) Prevalensi anemia remaja putri (%)	Riskesdas 2018: (i) 5-14 tahun: 26,8 (ii) 15-24 tahun: 32	(i) 33,85 (ii) 45,54	(i) 35,82 (ii) 50,27

No	Sasaran	Indikator	Baseline	Proyeksi 2025	Proyeksi 2029
2	Penyediaan pelayanan kesehatan remaja, WUS dan ibu yang berkualitas	a) Prevalensi kehamilan yang tidak diinginkan pada WUS 15-49 tahun (%)	7,1 (SDKI, 2017)	6,99	6,96
		b) Proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) yang tidak terpenuhi kebutuhan KB/ <i>unmet need KB</i> (%)	11 (SDKI, 2017)	10,88	10,67
		c) Proporsi remaja putri yang minum tablet tambah darah sesuai standar (%)	1,8 (Risksdas, 2018)	*	*
		d) <i>Case Fatality Rate</i> (CFR) eklampsia	N/A**	N/A**	N/A**
		e) <i>Case Fatality Rate</i> (CFR) perdarahan	N/A**	N/A**	N/A**
		f) Penurunan persentase operasi SC sesuai indikasi di RS hingga 15%	N/A**	N/A**	N/A**
		g) Cakupan ANC lengkap (K6) dengan pemeriksaan laboratorium lengkap	N/A**	N/A**	N/A**
		h) Persentase RS PONEK yang memiliki respons UGD 10 menit dan siap SC < 30 menit	N/A**	N/A**	N/A**
		i) Cakupan KF lengkap (%)	40,3 (Risksdas, 2018)	62,29	73,17
3	Setiap bayi lahir dengan selamat	a) Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1.000 kelahiran hidup	9,30 (LF SP, 2020)	10	8,1
		b) Angka Lahir Mati (<i>Stillbirth</i>)	N/A**	N/A**	N/A**
		c) Prevalensi BBLR (%)	6,6 (SSGI, 2021)	4,56	3,57
4	Penyediaan pelayanan kesehatan bayi yang berkualitas	a) <i>Case Fatality Rate</i> (CFR) asfiksia	N/A**	N/A**	N/A**
		b) Cakupan KN lengkap (%)	43,5 (Risksdas, 2018)	47,32	48,90
		c) Cakupan KN 1 sesuai standar (%)	37,9 (Risksdas, 2018)	80,09	86,69

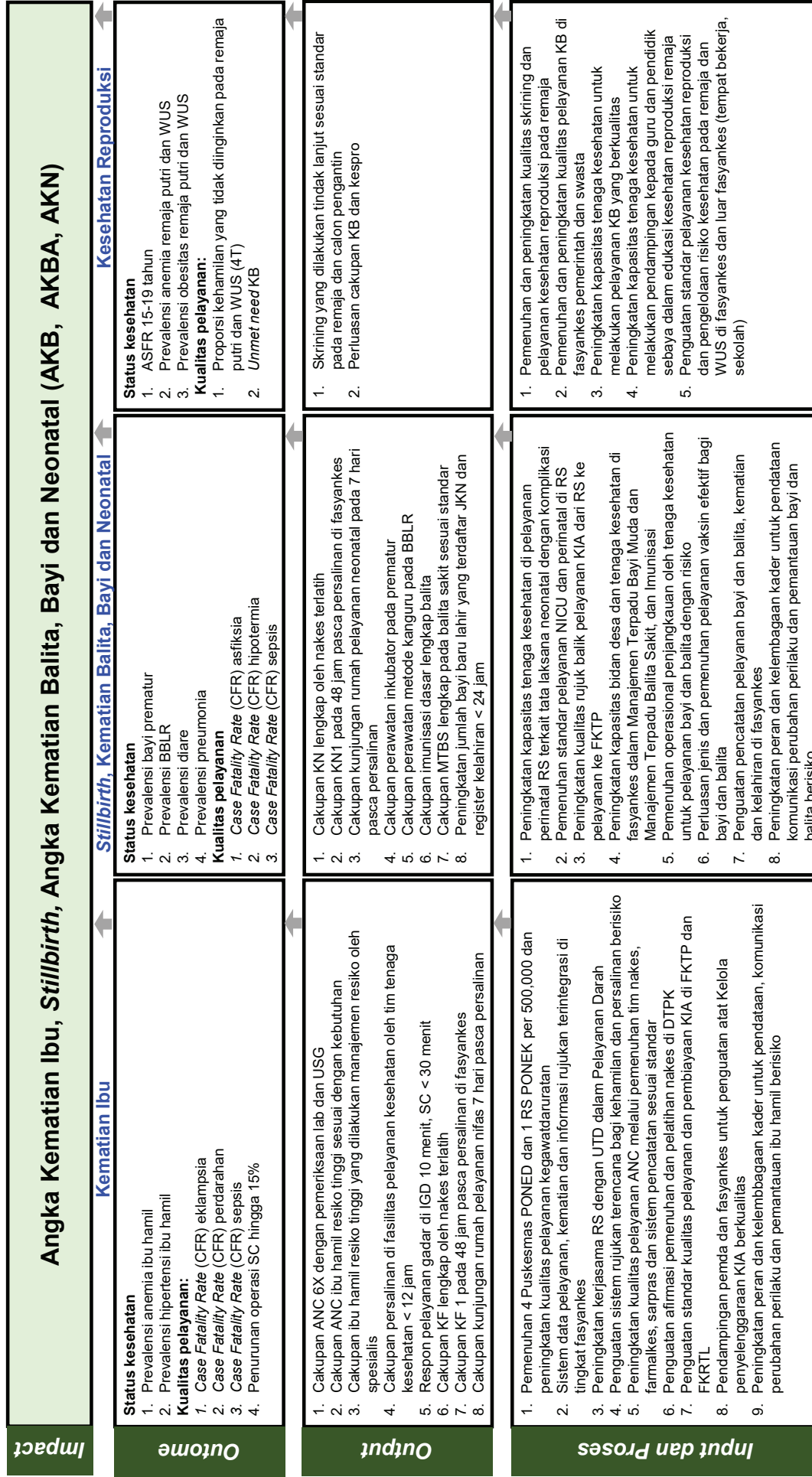
No	Sasaran	Indikator	Baseline	Proyeksi 2025	Proyeksi 2029
5	Setiap balita memiliki status kesehatan yang optimal	a) Angka Kematian Balita (per 1.000 kelahiran hidup)	19,83 (LF SP, 2020)	BAU : 15,54 Intervensi: 12,92	BAU : 14,35 Intervensi: 10,06
		b) Prevalensi pneumonia pada balita (%)	1,7 (SSGI, 2021)	0,50	0,15
		c) Prevalensi diare pada balita (%)	9,8 (SSGI, 2021)	12,18	12,76
6	Penyediaan pelayanan kesehatan balita yang berkualitas	a) Cakupan imunisasi dasar lengkap balita (%)	57,9 (Riskesdas, 2018)	64,12	65,55
		b) Cakupan Pelayanan MTBS pada balita sakit sesuai standar (%)	30,5 (Profil Kesehatan, 2021)	*	*

Catatan:

* = Tidak bisa dilakukan proyeksi karena data 2 periode sebelumnya tidak tersedia

**= Tidak terdapat data *baseline*

Gambar 69. Logical Framework Kebijakan KIA 2025-2029



9.2 Strategi Kebijakan KIA 2025-2029

Untuk mencapai tujuan, sasaran dan target Kebijakan KIA 2025-2029 dilakukan melalui 7 strategi yaitu:

1. Pemenuhan jenis, redistribusi, dan peningkatan kualitas SDM
2. Penguatan pelayanan kegawatdaruratan dan sistem rujukan
3. Peningkatan kualitas dan penguatan model pelayanan sesuai kebutuhan kewilayahan dan sesuai siklus kehidupan
4. Penguatan standar pelayanan untuk ibu dan anak dengan risiko tinggi
5. Penguatan tata kelola dan kepemimpinan pemda serta fasyankes untuk peningkatan kualitas layanan dan kebijakan di daerah
6. Penguatan sistem informasi individu dan data kematian berbasis fasilitas
7. Sinkronisasi pembiayaan dan pengembangan pembiayaan inovatif

No	Strategi	Intervensi kunci
1	Pemenuhan jenis, redistribusi, dan peningkatan kualitas SDM	<ol style="list-style-type: none"> a. Pemenuhan tenaga kesehatan utama KIA di RSUD (dokter, bidan, perawat, teknisi pelayanan darah, Sp.OG, Sp.A dan Sp.An) melalui pembiayaan BLUD dan rekrutmen ASN b. Pemenuhan tenaga kesehatan utama KIA di Puskesmas (dokter, bidan, perawat, dan ATLM) dan non tenaga kesehatan (administrasi, keuangan dan informasi) melalui mekanisme pembiayaan BLUD dan rekrutmen ASN c. Afirmasi penempatan tenaga kesehatan utama KIA di DTPK/ daerah sulit akses d. Peningkatan mekanisme penjaminan mutu lulusan tenaga kesehatan yang mendorong keterampilan klinis e. Pelatihan khusus (<i>task shifting</i>) dokter-bidan untuk DTPK/ daerah sulit akses f. Pelembagaan pelatihan rutin dan sesuai kompetensi melalui sertifikasi pelatihan g. Penguatan regulasi <i>task shifting</i> tugas spesifik dokter ke bidan dan dari bidan ke kader h. Pelembagaan kader dengan FKTP
2	Penguatan pelayanan kegawatdaruratan dan sistem rujukan	<ol style="list-style-type: none"> a. Pemenuhan jumlah dan kualitas pelayanan PONEK dan PONEK (terutama DTPK/sulit akses) sesuai standar (SDM, sarpras, pelatihan, farmalkes, dan sistem informasi) b. Penguatan rujukan terencana kehamilan dan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (regulasi, standar dan pemetaan fasilitas, pembiayaan, pendampingan) c. Afirmasi DTPK untuk penjangkauan ibu dan anak berisiko: <i>Flying health care</i>, penguatan RTK, <i>task shifting</i> d. Pendampingan dan pembinaan kepada fasyankes pemerintah dan swasta oleh pemerintah daerah berkolaborasi dengan organisasi profesi, institusi pendidikan, dan swasta
3	Peningkatan kualitas dan penguatan model pelayanan sesuai kebutuhan	<ol style="list-style-type: none"> a. Penguatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan WUS b. Penguatan pelayanan KB pasca persalinan di fasyankes sesuai kebutuhan ibu c. Perluasan jenis dan intensifikasi pelayanan imunisasi di FKTP

No	Strategi	Intervensi kunci
	kewilayahan dan sesuai siklus kehidupan	<ul style="list-style-type: none"> d. Peningkatan kualitas MTBS dan perawatan metode kanguru bayi BBLR di FKTP dan FKRTL e. Penguatan digitalisasi pelayanan kesehatan untuk janji temu, konsultasi dan pemantauan kesehatan rutin f. Afirmasi model pelayanan KIA di DTPK: <i>outreach</i> rutin, pendampingan spesialis ke Puskesmas, <i>telemedicine</i>, yang didukung pembiayaan memadai g. Model pelayanan perkotaan menyesuaikan dengan karakter dan preferensi masyarakat urban terutama dalam hal jam buka, janji temu, konsultasi <i>telemedicine</i>, dan penjadwalan pemeriksaan laboratorium h. Penguatan kader untuk komunikasi perubahan perilaku, deteksi dini dan pemantauan di komunitas
4	Penguatan standar pelayanan untuk ibu dan anak dengan risiko tinggi	Standar pelayanan dan pembiayaan mengakomodir kebutuhan spesifik ibu dan anak risiko tinggi meliputi: skrining rutin, pemantauan kondisi kesehatan dan tanda bahaya, pendampingan dan pengelolaan risiko dan penyakit penyerta
5	Penguatan tata kelola dan kepemimpinan pemda serta fasyankes untuk peningkatan kualitas layanan dan kebijakan di daerah	<ul style="list-style-type: none"> a. Penguatan standar kualitas KIA di daerah melalui SPM Kesehatan: peninjauan ruang lingkup layanan, indikator kinerja dan mekanisme pemantauan serta evaluasi b. Pelembagaan Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Respons (AMPSR) dalam standar layanan di FKTP dan FKRTL c. Pendampingan fasyankes oleh pemerintah daerah berkolaborasi dengan institusi pendidikan dan swasta d. Pendampingan dan pelatihan pemerintah daerah dalam perencanaan, penganggaran, supervisi dan pemantauan kualitas pelayanan KIA
6	Penguatan sistem informasi individu dan data kematian berbasis fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> a. Integrasi pencatatan pelayanan, kematian dan sistem informasi rujukan antar fasyankes publik dan swasta b. Penguatan dan Integrasi sistem pencatatan kematian ibu dan anak berbasis fasyankes, mencakup pula kematian di masyarakat c. Pelatihan secara rutin kepada bidan desa dan fasyankes untuk pencatatan dan pelaporan data kematian dan program
7	Sinkronisasi pembiayaan dan pengembangan pembiayaan inovatif	<ul style="list-style-type: none"> a. Penyesuaian tarif dan paket manfaat pelayanan KIA pada skema JKN, BLUD, dan skema lainnya b. Mendorong kemandirian pembiayaan KIA di daerah melalui skema BLUD c. Intensifikasi kendali mutu dan biaya pada pelayanan KIA terutama untuk operasi SC d. Penguatan pembiayaan promotif preventif meliputi penjangkauan dan pendampingan di masyarakat, skrining faktor risiko dan penyakit di fasyankes, pendampingan ibu dan anak risiko tinggi, imunisasi dan suplementasi (TTD, kalsium, asam folat dan Vit.A) e. Peningkatan pemanfaatan dana desa/kelurahan untuk kader dan UKBM f. Pembiayaan masyarakat rentan dan tanpa identitas melalui APBD dan JKN g. Peningkatan pemanfaatan bantuan sosial untuk akses pelayanan KIA bagi kelompok miskin dan rentan

9.3 Kerangka Pelaksanaan

9.3.1 Kerangka Regulasi

No	Regulasi	Rekomendasi
1	Strategi untuk percepatan penurunan angka kematian ibu dan anak sebagai acuan strategis bagi K/L terkait dan pemerintah daerah dalam melakukan perencanaan dan pelaksanaan kegiatan peningkatan KIA	<p>Penetapan Perpres Percepatan Penurunan Kematian Ibu dan Anak pada tahun 2023 yang berisi tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Target dan indikator <i>outcome</i>, <i>output</i> dan input yang berfokus selain pada kuantitas cakupan pelayanan juga kualitas pelayanan KIA • Intervensi kunci untuk peningkatan <i>survival</i> ibu dan anak • Intervensi kunci untuk deteksi dini dan manajemen risiko lebih awal bagi remaja, WUS, ibu dan anak di komunitas dan fasilitas kesehatan • Strategi untuk peningkatan cakupan efektif dan kualitas pelayanan KIA berdasarkan siklus hidup di komunitas, fasilitas pelayanan primer dan fasyankes rujukan • Strategi untuk integrasi upaya pelayanan kesehatan KIA dengan pelayanan lain (pencegahan penyakit menular dan tidak menular, gizi, KB, dan kesehatan reproduksi) di komunitas dan fasilitas pelayanan kesehatan • Strategi integrasi penyediaan sistem informasi dan data KIA antar fasyankes (pelayanan/program, status kesehatan individu, kelahiran, dan kematian) • Mekanisme peningkatan peran dan kapasitas pemerintah daerah, tenaga kesehatan dan kader melalui pendampingan, pelatihan dan supervisi rutin
2	Permenkes No 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan sebagai acuan standar pelayanan KIA di fasyankes primer dan penilaian kinerja pemerintah daerah	<p>a) Rekomendasi Umum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlu konsistensi mengenai penetapan standar kuantitas dan kualitas pelayanan, standar SDM, standar sarana prasarana dan <i>setting</i> pelayanan di komunitas dan fasilitas kesehatan • Ruang lingkup pelayanan KIA perlu menyesuaikan siklus kehidupan yaitu remaja, usia subur, kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir dan balita • Mekanisme pelaporan dari RS Swasta kepada Puskesmas tidak sesuai dengan peran dan wewenang Puskesmas, sebaiknya melaporkan kepada RSUD atau Dinas Kesehatan Kab/Kota <p>b) Pelayanan kesehatan remaja perlu lebih komprehensif meliputi promosi kesehatan di masyarakat, penilaian risiko awal, skrining lanjutan dan penanganan lanjutan di fasyankes, serta rujukan kasus sesuai masalah kesehatan yang dialami</p> <p>c) Pelayanan kesehatan usia subur perlu lebih komprehensif meliputi skrining dan tindak lanjut di fasilitas kesehatan serta memasukkan pelayanan KB</p> <p>d) Pelayanan kehamilan perlu menambahkan standar kuantitas menjadi minimal 6 kali dan prosedur USG oleh dokter; serta pengelolaan ibu hamil risiko tinggi</p>

No	Regulasi	Rekomendasi
		<p>e) Pelayanan persalinan perlu revisi terkait standar berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standar penolong persalinan minimal 3 orang (dokter, bidan dan perawat) dan untuk keterbatasan akses 2 orang (bidan-bidan atau bidan-perawat) • Standar tempat persalinan adalah yang memiliki kemampuan penanganan kegawatdaruratan dasar atau pada keterbatasan akses minimal jarak tempuh 2 jam dengan fasilitas mampu kegawatdaruratan • Standar sarana prasarana perlu menyesuaikan dengan standar persalinan normal, kegawatdaruratan dasar dan asuhan neonatal dasar <p>f) Standar pelayanan nifas perlu masuk ke dalam SPM meliputi standar pelayanan, SDM, sarana prasarana dan <i>setting</i> pelayanan</p> <p>g) Standar kualitas pelayanan bayi baru lahir perlu direvisi dengan prosedur pelayanan neonatal esensial pada usia 0-6 jam dan 6 jam-28 hari</p> <p>h) Pelayanan balita perlu mencakup baik balita sehat maupun sakit. Selain itu perlu konsisten antara sasaran pelayanan dan penilaian kinerja. Cakupan layanan balita 0-59 bulan, namun nominator dan denominator penilaian kinerja tidak termasuk balita 0-11 bulan</p>
3	Permenkes No. 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual	<p>Perlu revisi dan harmonisasi dengan SPM, antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menambahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan balita sehat maupun sakit • Perlu mencantumkan secara komprehensif standar prosedur layanan, standar SDM, standar fasilitas penyedia layanan, standar sarpras dan farmalkes serta standar pencatatan dan pelaporan • Perlu menambahkan mekanisme rujukan terencana dan rujukan balik (dua arah) untuk setiap pelayanan KIA
4	Permenkes No 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan	<p>a) Perlu revisi paket manfaat dengan mengacu kepada kebutuhan dasar pelayanan KIA dan standar pelayanan KIA (misalnya SPM)</p> <p>b) Perlu mengakomodir pelayanan skrining komprehensif dan konseling di fasyankes untuk remaja dan calon pengantin</p> <p>c) Pembiayaan jasa pelayanan KB baik di FKTP maupun di RS perlu diintegrasikan dalam paket manfaat JKN baik non kapitasi maupun tarif INA-CBGs karena dengan dua mekanisme pembiayaan baik dari non kapitasi JKN maupun BOK KB berpotensi inefisiensi dan tumpang tindih</p> <p>d) Tarif non kapitasi JKN untuk pelayanan KIA perlu mempertimbangkan kewilayahan terutama untuk akses sulit dan DTPK karena kebutuhan dan standar biaya yang berbeda</p>

No	Regulasi	Rekomendasi
5	Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah	Perlu revisi beberapa hal sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> Pelayanan ANC sesuai standar tidak hanya menjadi indikator Puskesmas namun juga praktik mandiri dokter dan klinik Indikator mutu pelayanan KIA di fasyankes perlu menambahkan aspek terkait luaran kesehatan misalnya <i>Case Fatality Rate</i> penyebab utama kematian ibu (eklampsia dan perdarahan) serta neonatal (asfiksia) Perlu ada indikator mutu terkait penanganan kegawatdaruratan neonatal: misalnya <i>respons time</i> resusitasi neonatal minimal 5 menit
6	Perlu regulasi terkait pembinaan dan pendampingan berjenjang dalam peningkatan kualitas pelayanan KIA	Pembinaan dan pendampingan umum maupun teknis secara berjenjang kepada pemerintah provinsi, pemerintah kab/kota, fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta, pemerintah desa dan kader kesehatan untuk peningkatan pelayanan KIA meliputi: <ul style="list-style-type: none"> Indikator dan mekanisme penilaian kinerja Peran dan wewenang pembinaan umum maupun teknis di pusat dan daerah Mekanisme dan bentuk pembinaan dan pendampingan: pelatihan, orientasi, diklat, dukungan sumber daya, konsultasi/ <i>desk</i>, dan dukungan lainnya Mekanisme pemberian umpan balik dan tindak lanjut
7	Perlu pedoman terkait optimalisasi BLUD untuk pembiayaan KIA di FKTP	Penyusunan dan pengelolaan strategi bisnis (pengembangan layanan, prioritas kegiatan, dan rencana pencapaian kinerja) serta rancangan anggaran bisnis fasyankes BLU diharmonisasikan dengan kegiatan prioritas pemerintah (termasuk KIA). Sehingga, pengelolaan pembiayaan BLU dapat dioptimalkan untuk pelayanan dan kegiatan KIA yang dibutuhkan fasyankes namun belum terakomodir oleh APBN maupun APBD
8	Pedoman integrasi sistem informasi dan data KIA di tingkat fasyankes	<ul style="list-style-type: none"> Kerangka sistem informasi KIA yang berisi antara lain paling sedikit terdiri dari: (1) penyelenggaraan pencegahan, pengobatan, dan pemulihan kesehatan; (2) kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan; dan (3) derajat kesehatan (status kesehatan, kematian, morbiditas, dan kelahiran) Standar data (terminologi, master data dan definisi operasional), mekanisme pencatatan dan pelaporan Mekanisme berbagi akses data dan informasi (interoperabilitas) Mekanisme peningkatan cakupan dan kualitas data Mekanisme <i>feedback</i> dan pemanfaatan data untuk perencanaan dan evaluasi program/ pelayanan

9.3.2 Kerangka Pembiayaan

Pembiayaan KIA perlu mempertimbangkan aspek kecukupan, efisiensi dan keefektifan anggaran, serta keberlanjutan pelayanan dan program. Oleh karena itu perlu pengelolaan pembiayaan dalam 3 area yaitu paket pelayanan individu, program dan *outreach*, serta peningkatan kapasitas sistem kesehatan.

- a) Paket pelayanan individu baik di FKTP maupun FKRTL perlu diintegrasikan dalam satu skema JKN dengan penyesuaian paket manfaat dan tarif. Sehingga, pembiayaan untuk jasa pelayanan tidak dialokasikan dari skema APBN yang lain untuk menghindari tumpang tindih dan inefisiensi. Oleh karena itu, perlu penyusunan standar pelayanan yang komprehensif untuk KIA yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan kapasitas pembiayaan pemerintah. Selain itu, intensifikasi upaya kendali mutu dan biaya diperlukan untuk meningkatkan efektifitas dan kesinambungan pembiayaan dan kualitas pelayanan.
- b) Pembiayaan bagi masyarakat tanpa identitas dapat dipenuhi melalui bantuan sosial, APBD maupun APBN.
- c) Pembiayaan operasional program promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan penjangkauan komunitas dapat bersumber dari APBN, APBD, BLU dan Dana Desa yang mempertimbangkan kebutuhan masyarakat dan kapasitas fiskal daerah. Dukungan afirmasi diperlukan untuk daerah sulit akses/ DTPK dan pemerintah daerah yang memiliki kapasitas fiskal terbatas. Namun, perlu ada pelibatan pemerintah daerah dalam penyusunan menu anggaran (*bottom-up*) supaya dukungan anggaran yang diberikan sesuai dengan kebutuhan daerah.
- d) Dukungan pembiayaan APBN kepada pemerintah daerah dengan kapasitas fiskal rendah dan sulit akses juga diperlukan dalam upaya peningkatan kapasitas sistem kesehatan untuk pemenuhan dan peningkatan kapasitas SDM, sarana prasarana dan farmakes, serta sistem informasi.
- e) Penguatan pemantauan, pengendalian dan evaluasi pembiayaan dilakukan melalui *tagging* anggaran tematik, analisis efektifitas pembiayaan dan manfaat kesehatan (*cost benefit analysis*), belanja strategis kesehatan dan pendampingan penyusunan perencanaan anggaran yang efektif bagi pemerintah daerah.
- f) Pengembangan sumber pembiayaan potensial lainnya seperti kemitraan dengan pihak swasta dan filantropi.

9.3.3 Kerangka Kelembagaan

Di tingkat pusat, pelaksanaan kebijakan KIA dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan yang bekerja sama dengan K/L kunci seperti Kementerian Dalam Negeri, BKKBN, Kementerian PPPA, Kementerian PANRB, Kementerian Desa PDTT, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas, dan Kemenko PMK. Selain itu, upaya peningkatan KIA perlu dikoordinasikan dengan upaya percepatan penurunan *stunting* yang pelaksanaannya dikoordinir oleh BKKBN.

Di tingkat daerah, upaya peningkatan KIA dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi atau Kab/Kota yang melibatkan OPD lain yang terkait serta RS daerah dan swasta. Selanjutnya, Puskesmas sebagai pembina wilayah untuk kesehatan di tingkat kecamatan mengkoordinasikan pelayanan dan program KIA dengan FKTP swasta, UKBM, pemerintah desa dan kader kesehatan.

Tabel 24. Peran Lintas Sektor dalam Peningkatan Kebijakan KIA 2025-2029

No	Strategi	Intervensi kunci	Pemangku Kepentingan Terkait
1	Pemenuhan jenis, redistribusi, dan peningkatan kapasitas SDM	a. Pemenuhan tenaga kesehatan utama KIA di RSUD (dokter, bidan, perawat, teknisi pelayanan darah, Sp.OG, Sp.A dan Sp.An) melalui pembiayaan BLUD dan rekrutmen ASN	<ul style="list-style-type: none"> • Kementerian PAN-RB • Pemerintah Daerah • RSUD
		b. Pemenuhan tenaga kesehatan utama KIA di Puskesmas (dokter, bidan, perawat, dan ATLM) dan non tenaga kesehatan (administrasi, keuangan dan informasi) melalui mekanisme pembiayaan BLUD dan rekrutmen ASN	<ul style="list-style-type: none"> • Kementerian PAN-RB • Pemerintah Daerah • FKTP
		c. Afirmasi penempatan tenaga kesehatan utama KIA di DTPK/ daerah sulit akses	<ul style="list-style-type: none"> • Kementerian Dalam Negeri • Kementerian Kesehatan • Kementerian PAN-RB
		d. Peningkatan kualitas mekanisme penjaminan mutu lulusan tenaga kesehatan yang mendorong keterampilan klinis	Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
		e. Pelatihan khusus (<i>task shifting</i>) dokter-bidan untuk DTPK/ daerah sulit akses	Kementerian Kesehatan
		f. Pelembagaan pelatihan rutin dan sesuai kompetensi melalui sertifikasi pelatihan	Kementerian Kesehatan
		g. Penguatan regulasi <i>task shifting</i> tugas spesifik dokter ke bidan dan dari bidan ke kader	Kementerian Kesehatan
		h. Pelembagaan kader dengan FKTP	<ul style="list-style-type: none"> • Kementerian Dalam Negeri • Kementerian Kesehatan • Kementerian Desa PDTT
2	Penguatan pelayanan kegawatdaruratan dan sistem rujukan	a. Pemenuhan jumlah dan kualitas pelayanan PONEK dan PONEK (terutama DTPK/ sulit akses) sesuai standar (SDM, sarpras, pelatihan, farmalkes, sistem informasi)	Kementerian Kesehatan
		b. Penguatan rujukan terencana kehamilan dan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (regulasi, standar dan pemetaan fasilitas, pembiayaan, pendampingan)	Kementerian Kesehatan
		c. Afirmasi DTPK untuk penjangkauan ibu dan anak berisiko: <i>Flying health care</i> , penguatan RTK, <i>task shifting</i>	Kementerian Kesehatan
		d. Pendampingan dan pembinaan kepada fasyankes swasta oleh pemerintah daerah berkolaborasi dengan organisasi profesi, institusi pendidikan, dan swasta	<ul style="list-style-type: none"> • Kementerian Kesehatan • Kementerian Dalam Negeri

No	Strategi	Intervensi kunci	Pemangku Kepentingan Terkait
3	Peningkatan kualitas dan penguatan model pelayanan sesuai kebutuhan kewilayahan dan sesuai siklus kehidupan	<p>a. Penguatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan WUS yang meliputi KIE di komunitas, penjarangan risiko kesehatan, skrining dan konseling individu di fasyankes, serta penatalaksanaan sesuai masalah kesehatan individu</p> <p>b. Penguatan pelayanan KB pasca persalinan di fasyankes sesuai kebutuhan ibu</p> <p>c. Perluasan jenis dan intensifikasi pelayanan imunisasi di FKTP</p> <p>d. Peningkatan kualitas MTBS balita sakit dan perawatan metode kanguru bayi BBLR di FKTP dan FKRTL</p> <p>e. Penguatan digitalisasi pelayanan kesehatan untuk janji temu, konsultasi dan pemantauan kesehatan rutin</p> <p>f. Afirmasi model pelayanan KIA di DTPK: <i>outreach</i> rutin, pendampingan spesialis ke Puskesmas, <i>telemedicine</i>, yang didukung pembiayaan memadai</p> <p>g. Model pelayanan perkotaan menyesuaikan dengan karakter dan preferensi masyarakat urban terutama dalam hal jam buka, janji temu, konsultasi <i>telemedicine</i>, dan penjadwalan pemeriksaan laboratorium</p> <p>h. Penguatan kader untuk komunikasi perubahan perilaku, deteksi dini dan pemantauan di komunitas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● BKKBN ● Kemen PPPA <ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● BKKBN <p>Kementerian Kesehatan</p> <p>Kementerian Kesehatan</p> <p>Kementerian Kesehatan</p> <p>Kementerian Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● Kementerian Desa PDTT ● Kementerian Dalam Negeri
4.	Penguatan standar pelayanan untuk ibu dan anak dengan risiko tinggi	Standar pelayanan dan pembiayaan mengakomodir kebutuhan spesifik ibu dan anak risiko tinggi meliputi: skrining rutin, pemantauan kondisi kesehatan dan tanda bahaya, pendampingan dan pengelolaan risiko dan penyakit penyerta	Kementerian Kesehatan
5.	Penguatan tata kelola dan kepemimpinan pemda serta fasyankes untuk peningkatan kualitas layanan dan kebijakan di daerah	<p>a. Penguatan standar kualitas KIA di daerah melalui SPM Kesehatan: peninjauan ruang lingkup layanan, indikator kinerja dan mekanisme pemantauan serta evaluasi</p> <p>b. Pelembagaan Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Respons (AMP-SR) dalam standar layanan di FKTP dan FKRTL</p> <p>c. Pendampingan fasyankes oleh pemerintah daerah berkolaborasi dengan institusi pendidikan dan swasta</p> <p>d. Pendampingan dan pelatihan pemerintah daerah dalam perencanaan, penganggaran, supervisi dan pemantauan kualitas pelayanan KIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● Kementerian Dalam Negeri ● Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi <p>Kementerian Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● Kementerian Dalam Negeri ● Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi <ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● Kementerian Dalam Negeri

No	Strategi	Intervensi kunci	Pemangku Kepentingan Terkait
6.	Penguatan sistem informasi individu dan data kematian berbasis fasilitas	a. Integrasi pencatatan pelayanan, kematian dan sistem informasi rujukan antar fasyankes publik dan swasta	Kementerian Kesehatan
		b. Penguatan dan Integrasi sistem pencatatan kematian ibu dan anak berbasis fasyankes, mencakup pula kematian di masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● Kementerian Dalam Negeri
		c. Pelatihan secara rutin kepada bidan desa dan fasyankes untuk pencatatan dan pelaporan data kematian dan program	Kementerian Kesehatan
7.	Sinkronisasi pembiayaan dan pengembangan pembiayaan inovatif	a. Penyesuaian tarif dan paket manfaat pelayanan KIA pada skema JKN, BLUD, dan skema lainnya	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● Kementerian Dalam Negeri ● BPJS Kesehatan
		b. Mendorong kemandirian pembiayaan KIA di daerah melalui skema BLUD	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● Kementerian Dalam Negeri ● Pemerintah Daerah
		c. Intensifikasi kendali mutu dan biaya pada pelayanan KIA terutama untuk operasi SC	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● BPJS Kesehatan
		d. Penguatan pembiayaan promotif preventif meliputi penjangkauan dan pendampingan di masyarakat, skrining faktor risiko dan penyakit di fasyankes, pendampingan ibu dan anak risiko tinggi, imunisasi dan suplementasi (TTD, kalsium, asam folat dan Vit.A)	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan
		e. Peningkatan pemanfaatan dana desa/ kelurahan untuk kader dan UKBM	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● Kementerian Dalam Negeri ● Kementerian Desa PDTT
		f. Pembiayaan masyarakat rentan dan tanpa identitas melalui APBD dan JKN	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Kesehatan ● BPJS Kesehatan ● Pemerintah Daerah
		g. Peningkatan pemanfaatan bantuan sosial untuk akses pelayanan KIA bagi kelompok miskin dan rentan.	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Sosial ● Kementerian Kesehatan ● Pemerintah Daerah



LAMPIRAN



Lampiran 1. Jadwal Pelaksanaan Kajian

No	Kegiatan	Tanggal	Narasumber/ Penanggung
1	Diskusi “Pembelajaran di Tingkat Lapangan” tentang Upaya Peningkatan Akses dan Kualitas Kesehatan Ibu dan Anak	21 Juli 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1) Plt. Direktur Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan 2) Research and Evaluation Director EMAS 3) Program Manager, JALIN 4) Program Manager, Young Health Program, Plan Indonesia
2	Diskusi Penguatan Pelayanan Kesehatan Neonatal, Bayi dan Balita	22 Juli 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar 2) Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH., Dr.PH 3) Dr. Setyadewi Lusiyati, Sp.A (K), PhD 4) Wakil Ketua Ikatan Perawat Anak Indonesia
3	Wawancara Pakar terkait Kebijakan dan Strategi Peningkatan Kualitas Pelayanan KIA	28 September 2022	Prof dr. Asri C. Adisasmita, MPH, M.Phil, Ph.D (FKM UI)
4	FGD Penguatan Tata Kelola untuk Pelayanan KIA Berkualitas	17 Oktober 2022	<p>Narasumber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Direktur SUPD III, Kementerian Dalam Negeri 2) Plt. Direktur Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan 3) Kepala Dinas Kesehatan Kab. Serang 4) Kepala Dinas Kesehatan Kab.Wajo 5) Kepala Puskesmas Cikarang, Kab. Bekasi <p>Penanggung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dr. dr. Hanevi Djasri, MARS, FISQua (FKMKM UGM)
5	FGD Penguatan Pembiayaan untuk Pelayanan KIA Berkualitas	18 Oktober 2022	<p>Narasumber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dr. Rizki Tsalatshita Khair Mahardya, MPH, Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, FK-KMK UGM 2) Asisten Deputi Bidang Pembiayaan Manfaat Kesehatan Primer (BPMKP), BPJS Kesehatan 3) Kepala Bidang Promosi Kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Depok 4) Kepala Bidang KIA Puskesmas Garuda, Kota Bandung 5) Kepala Puskesmas Cibinong, Kabupaten Bogor <p>Penanggung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nurmala Selly, Peneliti SMERU Research Institute

No	Kegiatan	Tanggal	Narasumber/ Penanggung
6	FGD Penguatan SDM untuk Pelayanan KIA yang Berkualitas	20 Oktober 2022	<p>Narasumber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dr. dr Andreasta Meliala M.Kes, MAS (FKKMK UGM) 2) Ketua Timja Stranas pemenuhan dan pengembangan tenaga kesehatan, Kementerian Kesehatan 3) Subdit Fasilitas Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga, Direktorat Bina Pembangunan Desa, Kementerian Dalam Negeri. 4) Ketua Komite Nasional Uji Kompetensi Mahasiswa Bidang Kesehatan 5) Kepala Dinas Kesehatan Kota Tasik 6) Kepala Puskesmas Wanasari, Kabupaten Bekasi <p>Penanggung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Analis Kebijakan Ahli, Asdep Perancangan Jabatan, Perencanaan dan Pengadaan SDM Aparatur, Kementerian PANRB 2) Asosiasi Dinas Kesehatan Indonesia (ADINKES)
7	FGD Peningkatan Akses dan Kualitas Pelayanan KIA di DTPK	20 Oktober 2022	<p>Narasumber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tutuk Utomo Nuradhy (Vice Managing Director, DoctorShare) 2) Agung Dwi Laksono, Ph.D (Peneliti, Badan Riset dan Inovasi Nasional/BRIN) 3) Plt. Direktur Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan 4) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai Timur <p>Penanggung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Dinas Kesehatan Provinsi Maluku 2) Dominirsep O Dodo SKM., MPH (FKM Universitas Nusa Cendana)
8	FGD Peningkatan Kualitas Pelayanan Kegawatdaruratan dan Sistem Rujukan KIA	31 Oktober 2022	<p>Narasumber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dr. dr. Arietta Puspongoro, SpOG(K) (Departemen Obstetri dan Ginekologi, FK UI) 2) Dr. dr. Dwi Handono, M.Kes, (FKKMK UGM) <p>Penanggung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dr. dr. R. Soerjo Hadijono, DTRM&BcH (Himpunan Obstetri dan Ginekologi Sosial Indonesia) 2) Dr. dr. Sri Mulatsih, Sp.A (K)., MPH (RSUP. Dr.Sardjito)

No	Kegiatan	Tanggal	Narasumber/ Penanggap
9	FGD Penguatan Tata Kelola Klinis Pelayanan KIA di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Rujukan	1 November 2022	<p>Narasumber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Prof. dr. Adi Utarini, M.Sc, MPH, Ph.D (FKKMK UGM) 2) dr. Dwirani Amelia Sp.OG (EMAS Clinical Team Lead/ Chief of Party MOMENTUM Private Healthcare Delivery, Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan) 3) Dr. dr. Hanevi Djasri, MARS, FISQua (FKKMK UGM) <p>Penanggap:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sekretaris Umum Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) 2) Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
10	Pembahasan Hasil Kajian Tematik Kesehatan Ibu dan Anak dalam rangka Penyusunan Background Study RPJMN 2025-2029 Bidang Kesehatan	5 Desember 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prof. dr. Endang L. Achadi, MPH, Dr.PH. 2) Prof. Dr. dr. Rinawati Rohsiswatmo, Sp. A(K) 3) dr. M. Subuh, MPPM, Ketua Asosiasi Dinas Kesehatan (ADINKES) 4) Dr. dr. Hanevi Djasri, MARS, FISQua 5) Plt. Direktur Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan 6) Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan, Kemenkes

Lampiran 2. Perbandingan Standar Kualitas Pelayanan Berdasarkan Permenkes No 4 Tahun 2019 tentang Pelayan SPM bidang kesehatan dan Permenkes No. 21 Tahun 2021 tentang Pelayan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
Pelayanan Kesehatan Remaja dan Pra Kehamilan	Ruang lingkup layanan	<p>1. Pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar kelas 1 sampai 9 (7-15 tahun)</p> <p>Standar kuantitas: minimal 1 kali dalam satu tahun pembelajaran</p> <p>Standar prosedur meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Skrining kesehatan <ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan status gizi oleh tenaga kesehatan, guru, kader, dokter kecil, <i>peer counselor</i>, tenaga pendamping lapas dan panti Pemeriksaan tanda vital: dokter/dokter gigi/bidan/perawat/perawat gigi kader posyandu remaja Pemeriksaan kebersihan diri, gigi dan mulut: tenaga kesehatan, guru, <i>peer counselor</i>, tenaga pendamping lapas dan panti, dokter kecil, kader pemeriksaan ketajaman penglihatan dan pendengaran: dokter/dokter gigi/bidan/perawat/perawat gigi penilaian kesehatan reproduksi: tenaga kesehatan, guru, <i>peer counselor</i>, tenaga pendamping lapas dan panti, dokter kecil Tindak Lanjut hasil skrining kesehatan <ul style="list-style-type: none"> Memberikan umpan balik hasil skrining kesehatan Melakukan rujukan jika diperlukan Memberikan penyuluhan kesehatan 	<p>1. Pelayanan Kesehatan Remaja</p> <p>Standar kuantitas tidak dijelaskan</p> <p>Standar prosedur sbb:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pemberian KIE Pelayanan konseling Pelayanan skrining kesehatan <ul style="list-style-type: none"> Anamnesis keluhan, penyakit yang diderita, riwayat penyakit, faktor risiko pada remaja, dan kesehatan jiwa Pemeriksaan fisik; tanda vital, status gizi, gejala anemia, Pemeriksaan penunjang: Hb, Golongan darah, dan pemeriksaan lainnya (thalassemia dan gula darah) Pemberian Imunisasi: Influenza, tifoid, hepatitis A, varisela, dan HPV Pemberian suplementasi gizi: Tablet Tambah Darah Pelayanan medis untuk menindaklanjuti masalah kesehatan yang ditemukan pada pelayanan skrining kesehatan; dan/atau Pelayanan kesehatan lainnya (pengobatan, terapi, dan rujukan sesuai permasalahan kesehatan yang ditemukan) 	<p>Secara umum:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perlu mendefinisikan standar secara kuantitas dan kualitas Pelayanan mencakup yang di dalam Gedung (fasyankes) dan di luar Gedung (UKBM, sekolah, tempat kerja, dll) <p>Pelayanan Kesehatan Usia Dasar</p> <ol style="list-style-type: none"> Skrining kesehatan bisa dilakukan oleh salah satu tenaga kesehatan bersama dengan non tenaga kesehatan sesuai dengan lokasi skrining Tindak lanjut hasil skrining kesehatan perlu dijelaskan yang melakukan adalah tenaga kesehatan, guru, pendamping lapas/panti Perlu menambahkan prosedur pelayanan c. pemeriksaan lanjut dan pelayanan kesehatan di fasyankes bagi remaja berisiko dan dengan masalah kesehatan, meliputi: <ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan penunjang bagi remaja dengan indikasi oleh tenaga kesehatan konseling lanjutan oleh tenaga kesehatan atau psikolog di fasyankes pada remaja berisiko pemberian suplementasi gizi oleh tenaga kesehatan pelayanan medis bagi remaja yang memiliki masalah kesehatan oleh dokter, bidan, perawat

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
		<p>2. Pelayanan kesehatan usia produktif (15-59 tahun) Standar kuantitas: minimal 1 kali per tahun Standar prosedur meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Edukasi kesehatan termasuk keluarga berencana yang dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan/ atau UKBM Skrling faktor risiko penyakit menular dan penyakit tidak menular <ul style="list-style-type: none"> Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut Pengukuran tekanan darah Pemeriksaan gula darah Anamnesa perilaku berisiko Tindak lanjut hasil skrining <ul style="list-style-type: none"> Melakukan rujukan jika diperlukan Memberikan penyuluhan kesehatan 	<p>2. Pelayanan Kesehatan Calon Pengantin (dilakukan secara terpisah antara calon catin laki-laki dan perempuan untuk menjaga privasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pemberian KIE Skrling kesehatan <ul style="list-style-type: none"> Anamnesis keluhan, penyakit yang diderita, riwayat penyakit, faktor risiko pada remaja, dan kesehatan jiwa Pemeriksaan fisik; tanda vital, status gizi, gejala anemia Pemeriksaan penunjang rutin: Hb, golongan darah dan rhesus Pemeriksaan penunjang sesuai indikasi: pemeriksaan urin rutin, gula darah, HIV, penyakit infeksi menular seksual (sifilis, gonorea, klamidiasis, dan lain-lain), hepatitis, malaria (untuk daerah endemis), talasemia (MCV, MCH, MCHC), TORCH (untuk catin perempuan), dan IVA atau pap smear (bagi catin perempuan yang sudah pernah menikah) Pemberian Imunisasi: difteri tetanus (Td) Pemberian suplementasi gizi: Tablet Tambah Darah Pelayanan medis untuk menindaklanjuti masalah kesehatan yang ditemukan pada pelayanan skrining kesehatan; dan/atau Pelayanan kesehatan lainnya (pengobatan, terapi, dan rujukan sesuai permasalahan kesehatan yang ditemukan) 	<p>Pelayanan Kesehatan Usia Produktif</p> <ol style="list-style-type: none"> Perlu menambahkan informasi bahwa tindak lanjut skrining dilakukan oleh tenaga kesehatan, kader, PJ klinik tempat bekerja Perlu menambahkan prosedur d. pelayanan kesehatan dan KB di fasyankes atau klinik tempat bekerja: pengobatan PTM dan pelayanan KB oleh dokter, bidan, perawat

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
	Setting pemberian pelayanan	<p>Skrining kesehatan usia dasar: di satuan pendidikan dan luar satuan pendidikan (pesantren, posyandu, panti, lapas)</p> <p>Usia produktif</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Edukasi: di fasyankes atau UKBM ● Skrining faktor risiko: tidak dijelaskan ● Tindak lanjut hasil skrining: tidak dijelaskan 	<p>Remaja</p> <ul style="list-style-type: none"> ● KIE dan suplementasi gizi: di sekolah maupun di luar sekolah ● Konseling, imunisasi, pelayanan medis: di fasyankes <p>Calon pengantin</p> <ul style="list-style-type: none"> ● KIE: di fasyankes atau KUA/ fasilitas pembinaan calon pengantin ● Konseling, imunisasi, pelayanan medis: di fasyankes 	<p>Pelayanan Kesehatan Usia Dasar</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tindak Lanjut hasil skrining kesehatan perlu dijelaskan tempat pelaksanaannya: <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan umpan balik hasil skrining kesehatan: dilakukan di tempat pelaksanaan skrining b. Melakukan rujukan jika diperlukan c. Memberikan penyuluhan kesehatan <p>Pelayanan Kesehatan Usia Produktif</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Skrining faktor risiko dilakukan di fasyankes, UKBM atau tempat bekerja ● Tindak lanjut hasil skrining dilakukan di fasyankes, UKBM atau tempat bekerja
	Standar alat dan sarpras	<p>Usia pendidikan dasar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Buku Rapor Kesehatanku (pencatatan hasil pemeriksaan kesehatan dan KIE di sekolah) ● Buku Pemantauan Kesehatan (pencatatan hasil pemeriksaan kesehatan dan KIE di luar sekolah: pesantren, posyandu, panti, lapas) ● Kuesioner Skrining kesehatan ● Formulir Rekapitulasi Hasil Pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja di dalam sekolah ● Formulir Rekapitulasi Hasil Pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja di luar sekolah 	Tidak dijelaskan secara khusus	<p>Pelayanan kesehatan usia dasar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pencatatan status kesehatan dan KIE disamakan antara sekolah dan luar sekolah sebagai catatan kesehatan individu ● Perlu menambahkan antropometri, alat pemeriksaan fisik untuk skrining ● Perlu menambahkan alat pemeriksaan laboratorium untuk tindak lanjut di fasyankes (Misal: tes Hb, Gula darah, golongan darah, dan tes kehamilan) <p>Pelayanan kesehatan usia produktif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perlu menambahkan alat kontrasepsi, lembar balik informasi KB dan informed consent akseptor KB di fasyankes

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
		<p>Usia produktif</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alat ukur tinggi badan ● Alat ukur lingkar perut ● Tensimeter ● Glukometer ● Strip gula darah ● Lancet ● Kapas alkohol ● IVA Test ● Formulir pencatatan dan pelaporan ● Aplikasi Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular (SIPTM) 		
	Standar SDM	<p>Kesehatan usia dasar</p> <p>a. Tenaga kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter/ dokter gigi, atau 2. Bidan, atau 3. Perawat 4. Gizi 5. Tenaga kesehatan masyarakat <p>b. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Guru 2. Kader kesehatan/ dokter kecil/ <i>peer counselor</i> <p>Kesehatan usia produktif:</p> <p>a. Tenaga kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter, atau 2. Bidan, atau 3. Perawat 4. Gizi 5. Tenaga kesehatan masyarakat <p>b. Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu: kader kesehatan</p>	<p>Remaja: Tenaga kesehatan dan/atau kader kesehatan terlatih (guru/pendamping anak di lapas/pendamping panti/pondok pesantren dan/atau kader remaja)</p> <p>Calon pengantin: Tenaga kesehatan, penyuluh pernikahan, dan petugas lain. Pelaksanaan konseling bagi calon pengantin diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan berwenang.</p>	<p>Kesehatan remaja:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perlu menambahkan tenaga non kesehatan: pendamping panti, lapas, pesantren <p>Kesehatan Usia produktif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perlu menambahkan: penanggung jawab klinik, pengelola SDM di tempat kerja

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
Pelayanan Kehamilan	Ruang lingkup layanan	<p>a. Standar kuantitas: Kunjungan 4x selama periode kehamilan:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Satu kali pada trimester pertama o Satu kali pada trimester kedua o Dua kali pada trimester ketiga <p>b. Standar kualitas: pelayanan yang memenuhi 10 T:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengukuran BB 2) Pengukuran tekanan darah 3) Pengukuran LILA 4) Pengukuran tinggi fundus uteri 5) Penentuan presentasi janin dan DJJ 6) Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet 8) Tes laboratorium 9) Tatalaksana/penanganan kasus 10) Temu wicara/konseling 	<p>a. Standar kuantitas: Kunjungan ANC minimal 6x selama masa kehamilan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Satu kali pada trimester I b. Dua kali pada trimester II c. Tiga kali pada trimester III <p>Catatan: <i>Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan ibu</i></p> <p>b. Standar kualitas: 2 kunjungan diperiksa oleh dokter/prosedur 10 T dan USG, 4 kunjungan diperiksa oleh tenaga kesehatan (dokter/ bidan/perawat) dengan prosedur 10T:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan 2) Ukur tekanan darah 3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA) 4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri) 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ) 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus differi (Td) bila diperlukan 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan 8) Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B), malaria pada daerah endemis, dan tes lainnya 9) Tata laksana/ penanganan kasus sesuai kewenangan. 10) Temu wicara (konseling) untuk kesehatan mental 	<p>1. Perlu merubah Standar kuantitas: Kunjungan ANC minimal 6x selama masa kehamilan</p> <p>2. Perlu merubah Standar kualitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dilakukan prosedur 10T oleh tenaga kesehatan dan USG oleh dokter ● Perlu menambah standar untuk pengelolaan bumil risiko tinggi: ibu hamil risiko tinggi yang diperiksa oleh dokter spesialis

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
	Setting pemberian pelayanan	Puskesmas yang mencakup juga poskesdes, polindes, Pustu dan fasyankes swasta	Puskesmas, Praktik mandiri tenaga kesehatan, klinik swasta, Pustu/Polindes	N/A
	Standar SDM	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter/ Sp. OG, atau 2) Bidan, atau 3) Perawat 	<ul style="list-style-type: none"> ● K1 dan K5: dokter ● K2, K3, K4 dan K6: tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi 	N/A
	Standar alat dan sarpras	Vaksin TT, TTD (90 tablet), alat deteksi risiko: tes kehamilan, tes Hb, tes golongan darah, tes glukoprotein urin, kartu rekam medis ibu, buku KIA	Tidak dijelaskan secara khusus	Perlu menambahkan USG
	Perhitungan capaian kinerja	<p>Definisi operasional: cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun</p> <p>Cara perhitungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nominator: bumil ANC sesuai standar yang sudah selesai kehamilannya (melahirkan) ● Denominator: jumlah sasaran bumil di kab/kota, bumil domisili di luar wilayah kerja kab/kota dilayani dan dicatat namun tidak dihitung cakupan dan di laporkan ke kab/kota sesuai alamat domisili 	Tidak dijelaskan secara khusus	N/A

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
Pelayanan Persalinan	Ruang lingkup pelayanan	<p>a. Standar persalinan normal adalah Acuan Persalinan Normal (APN) sesuai standar</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan ● Tenaga penolong minimal 2 orang, terdiri dari: 1 Dokter dan bidan, atau 2 orang bidan, atau bidan dan perawat <p>b. Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas pelayanan kesehatan Dasar dan Rujukan</p>	<p>a. Persalinan normal dilakukan menggunakan standar APN yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan ● Tenaga adalah tim penolong persalinan, terdiri dari dokter, bidan dan perawat <p>Apabila ada keterbatasan akses dan tenaga medis, persalinan dilakukan oleh tim minimal 2 orang tenaga kesehatan yang terdiri dari bidan-bidan, atau bidan-perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tim penolong mampu melakukan tata laksana awal penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal <p>b. Persalinan komplikasi: mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas pelayanan kesehatan Dasar dan Rujukan</p>	<p>Perlu merubah standar persalinan normal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ditolong oleh tim minimal 3 tenaga kesehatan yaitu dokter, bidan dan perawat. Untuk keterbatasan akses dan tenaga medis tim minimal 2 orang (bidan-bidan atau bidan-perawat) ● Tim penolong terlatih tatalaksana awal penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal
	Setting pelayanan	Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (di rumah oleh tenaga kesehatan, bersalin oleh dukun, bersalin di polindes/poskesdes tidak dihitung)	Tidak dijelaskan secara khusus	<ul style="list-style-type: none"> ● Perlu merubah menjadi fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki kapasitas kegawatdaruratan maternal dan neonatal dasar ● Untuk daerah terpencil dan sulit akses dilakukan di fasilitas kesehatan yang memiliki minimal 2 tenaga kesehatan (bidan-bidan atau bidan-perawat)
	Standar SDM	Minimal 2 orang (dokter-bidan atau 2 bidan, atau bidan-perawat)	<ul style="list-style-type: none"> ● Tim penolong persalinan, terdiri dari dokter, bidan dan perawat ● Apabila ada keterbatasan akses dan tenaga medis, persalinan dilakukan oleh tim minimal 2 orang tenaga kesehatan yang terdiri dari bidan-bidan, atau bidan-perawat 	<p>Perlu merubah standar SDM:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tim penolong persalinan minimal 3 orang terdiri dari dokter, bidan dan perawat ● Apabila ada keterbatasan akses dan tenaga medis, persalinan dilakukan oleh tim minimal 2 orang tenaga kesehatan yang terdiri dari bidan-bidan, atau bidan-perawat
	Standar alat dan sarpras	Formulir partograf, Kartu ibu (rekam medis), Buku KIA	Tidak dijelaskan secara khusus	<p>Standar alat dan sarpras perlu memasukkan standar untuk kegawatdaruratan dan sistem rujukan (sesuai PONED)</p> <p>Bagi daerah terpencil dan sulit akses mengikuti standar peralatan Asuhan Persalinan Normal (APN)</p>

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
	Cara perhitungan capaian kinerja	<p>Definisi operasional: cakupan pelayanan kesehatan ibu bersalin sesuai standar di wilayah kerja kab/kota dalam kurun waktu satu tahun</p> <p>Cara perhitungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nominator: jumlah ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun ● Denominator: Jumlah sasaran ibu bersalin di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun yang sama ● Catatan: <ul style="list-style-type: none"> - Fasyankes primer dan rujukan swasta melaporkan pelayanan persalinan ke Puskesmas - Data bersalin dirumah, Polindes, poskesdes, oleh dukun dilaporkan ke Puskesmas walaupun tidak dihitung dalam cakupan 		<p>Capaian kinerja perlu menambahkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>outcome</i> status kesehatan pasien (misal: <i>Case Fatality Rate</i> penyebab utama komplikasi ibu) - Kualitas pelayanan kegawatdaruratan dan sistem rujukan (misal: waktu tanggap/<i>response time</i>) di FKRTL - RS Swasta melaporkan kepada RSUD, karena Puskesmas berkewajiban membina FKTP sehingga sulit jika RS Swasta melaporkan ke Puskesmas

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
Pelayanan Ibu Nifas	Ruang lingkup layanan	Ibu nifas tidak diatur dalam SPM	<p>a) Kuantitas: Pelayanan kesehatan ibu nifas 4x setelah persalinan</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1x pada periode 6 jam-2 hari pasca persalinan - 1x pada periode 3 hari-7 hari pasca persalinan - 1x pada periode 8 hari-28 pasca persalinan - 1x pada periode 29 hari-42 hari pasca persalinan <p>b) Kualitas: dilakukan sesuai algoritma tatalaksana terpadu (14 prosedur) oleh dokter, bidan atau perawat sesuai kompetensi dan kewenangan</p>	<p>Perlu mencantumkan standar pelayanan ibu nifas, mengingat kematian tertinggi terjadi pada masa nifas (40%)</p> <p>Standar kuantitas: pelayanan kesehatan ibu nifas 4 kali setelah persalinan</p> <p>Standar kualitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pelayanan nifas dilakukan sesuai 14 prosedur algoritma tata laksana pasca persalinan oleh dokter, bidan atau perawat
	Setting pemberian pelayanan	N/A	Di FKTP: puskesmas, pustu, polindes, klinik swasta, dan praktik mandiri tenaga kesehatan	Puskesmas, pustu, polindes, klinik swasta, praktik mandiri tenaga kesehatan, dan RS (pasca persalinan SC)
	Standar alat dan sarpras	N/A	Tidak dijelaskan secara khusus	<ul style="list-style-type: none"> ● Kartu Ibu atau rekam medis lainnya yang disimpan di fasilitas pelayanan kesehatan ● Kohort Ibu ● Buku KIA ● Antropometri dan alat pemeriksaan fisik ● Vitamin A ● Alat kontrasepsi, APD dan BHP ● Tablet tambah darah
	Standar SDM	N/A	Dokter, bidan atau perawat	Dokter, bidan atau perawat

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir (0 – 28 hari)	Ruang lingkup layanan	<p>N/A</p> <p>a) Standar kuantitas: kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal, dengan ketentuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 6 - 48 jam • Kunjungan Neonatal 2 (KN2) 3 - 7 hari • Kunjungan Neonatal 3 (KN3) 8 - 28 hari <p>b) Standar kualitas:</p> <p>1) Pelayanan Neonatal Esensial 0-6 jam setelah lahir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemotongan dan perawatan tali pusat. • Inisiasi Menyusu Dini (IMD). • Injeksi vitamin K1. • Pemberian salep/tetes mata antibiotik. • Pemberian imunisasi (injeksi vaksin Hepatitis B0). 	<p>Tidak dijelaskan secara khusus</p> <p>a) Standar kuantitas: Pelayanan neonatal esensial dilakukan 3x kunjungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1x pada umur 6-48 jam (KN1) • 1x pada umur 3-7 hari (KN2), dan • 1x pada umur 8-28 hari (KN3) <p>b) Standar kualitas: Pelayanan neonatal esensial yang dilakukan setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjaga bayi tetap hangat; • Pemeriksaan neonatus menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) • Bimbingan pemberian ASI dan memantau kecukupan ASI • Perawatan metode Kangguru (PMK) • Pemantauan pertumbuhan neonatus • Masalah yang paling sering dijumpai pada neonatus • Melakukan deteksi dini kelainan bawaan melalui skrining bayi baru lahir saat bayi berusia 48-72 jam 	<p>Definisi operasional: cakupan pelayanan kesehatan ibu pasca persalinan (6 jam – 42 hari) sesuai standar di wilayah kerja kab/kota dalam kurun waktu satu tahun</p> <p>Cara perhitungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nominator: jumlah ibu nifas (6 jam – 42 hari) mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun • Denominator: Jumlah sasaran ibu nifas di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun yang sama <p>Perlu menambahkan pada standar kualitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Neonatal Esensial 0-6 jam setelah lahir: <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian perawatan metode Kangguru (PMK); 2. Pelayanan Neonatal Esensial 6 jam – 28 hari setelah lahir: <ul style="list-style-type: none"> • Skirining dan deteksi dini kelainan bawaan

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
		<p>2) Pelayanan Neonatal Esensial 6 jam – 28 hari setelah lahir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif ● Memeriksa kesehatan dengan menggunakan pendekatan MTBM ● Pemberian vitamin K1 bagi yang lahir tidak di fasilitas pelayanan kesehatan atau belum mendapatkan injeksi vitamin K1 ● Imunisasi Hepatitis B injeksi untuk bayi usia < 24 jam yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan ● Penanganan dan rujukan kasus komplikasi neonatal 		
	Setting pemberian pelayanan	Puskesmas yang mencakup juga poskesdes, polindes, Pustu dan fasyankes swasta	Di FKTP: puskesmas, pustu, polindes, klinik swasta, dan praktik mandiri tenaga kesehatan	Puskesmas yang mencakup juga poskesdes, polindes, Pustu dan fasyankes swasta, dan RS (untuk pasca SC)
	Standar alat dan sarpras	<ol style="list-style-type: none"> 1) Vaksin Hepatitis B0 2) Vitamin K1 Injeksi 3) Salep/tetes mata antibiotik 4) Formulir Bayi Baru Lahir 5) Formulir MTBM 6) Buku KIA 	Tidak dijelaskan secara khusus	Perlu menambahkan Tes Hiperfiroid Kongenital dan alat kegawatdaruratan neonatal
	Standar SDM	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter/ dokter spesialis anak, atau 2) Bidan, atau 3) Perawat 	Dokter, spesialis anak, bidan, atau perawat	N/A

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
	<p>Cara perhitungan capaian kinerja</p>	<p>Permenkes No 4 Tahun 2019</p> <p>Definisi operasional: Cakupan pelayanan kesehatan neonatal esensial sesuai standar kepada semua bayi usia 0-28 hari di kab/kota dalam kurun waktu satu tahun</p> <p>Cara Perhitungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nominator: jumlah bayi baru lahir usia 0-28 hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar dalam 1 tahun ● Denominator: Jumlah sasaran bayi baru lahir di kab/kota dalam 1 tahun ● Sumber data: ● Catatan: <ul style="list-style-type: none"> - BBL di luar kab/kota tetap dilayani dan dicatat tetapi tidak masuk sebagai cakupan pelayanan di Kab/Kota tersebut melainkan dilaporkan ke Kab/Kota sesuai dengan domisili - FKTP dan RS swasta melapor ke Puskesmas 	<p>Tidak dijelaskan secara khusus</p>	<p>Rekomendasi Perubahan SPM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perlu menambahkan indikator kinerja terkait kualitas pelayanan kegawatdaruratan neonatal (misal: <i>response time</i> resusitasi neonatal <5 menit oleh dokter spesialis anak) di FKRTL - RS Swasta melaporkan kepada RSUD, karena Puskesmas hanya berkewajiban membina FKTP sehingga sulit jika RS Swasta melaporkan ke Puskesmas
<p>Pelayanan Kesehatan Balita</p>	<p>Ruang lingkup layanan</p>	<p>a) Pelayanan Balita Sehat Usia 0 - 11 bulan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penimbangan minimal 8 kali setahun. 2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali /tahun. 3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun. 4) Pemberian kapsul vitamin A pada usia 6-11 bulan 1 kali setahun. 5) Pemberian imunisasi dasar lengkap. 	<p>Tidak ada prosedur standar terkait dengan layanan balita di Permenkes No. 21 tahun 2021.</p>	<p>N/A</p>

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
		<p>Usia 12 – 23 bulan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 6 bulan) 2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun 3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/ tahun 4) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun 5) Pemberian Imunisasi Lanjutan <p>Usia 24 – 59 bulan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penimbangan minimal 8 kali setahun (minimal 4 kali dalam kurun waktu 6 bulan) 2) Pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali/tahun 3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/ tahun 4) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun <p>Untuk semua balita sehat (tidak terbatas usia):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pemantauan perkembangan balita. 2) Pemberian kapsul vitamin A 3) Pemberian imunisasi dasar lengkap 4) Pemberian imunisasi lanjutan 5) Pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan 6) Edukasi dan informasi. <p>b) Pelayanan Balita Sakit: menggunakan pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS)</p>		
Setting pemberian pelayanan	Puskesmas dan jejaringnya	N/A	N/A	Puskesmas, UKBM, praktik mandiri tenaga kesehatan, klinik swasta, Pustu, Polindes

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
	Standar alat dan sarpras	<ul style="list-style-type: none"> ● Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) atau instrumen standar lain yang berlaku ● Formulir Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) ● Buku KIA ● Vitamin A ● Vaksin imunisasi dasar : HB0, BCG, Polio, IPV, DPT-HB-Hib, Campak Rubella ● Vaksin imunisasi Lanjutan : DPT-HB-Hib Campak Rubella ● Jarum suntik dan BHP ● Peralatan anafilaktik untuk syok akibat penyuntikan 	N/A	<p>Perlu menambahkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lembar balik Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) untuk memudahkan tenaga kesehatan melihat cepat algoritma penanganan bayi sakit ● Penanganan awal diare: Formula 75 dan 100, Tablet zink ● Alat antropometri dan pemeriksaan fisik khusus anak (balita) ● PMT untuk bayi dengan gizi kurang
	Standar SDM	<ol style="list-style-type: none"> Tenaga kesehatan <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter, atau 2. Bidan, atau 3. Perawat 4. Gizi Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Guru PAUD 2. Kader kesehatan 	N/A	Untuk balita sakit perlu ditangani dokter/bidan/perawat
	Cara perhitungan capaian kinerja	<p>Definisi operasional Cakupan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada semua balita (0-59 bulan) di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun</p>	N/A	<ul style="list-style-type: none"> ● Perlu menambahkan jumlah balita sehat dan sakit pada nominator dan denominator untuk menghindari kesalahan penghitungan di tingkat fasyankes ● Perlu konsisten antara sasaran pelayanan dan penilaian kinerja. Cakupan layanan balita 0-59 bulan, namun nominator dan denominator penilaian kinerja tidak termasuk balita 0-11 bulan

Jenis Layanan	Elemen Standar	Permenkes No 4 Tahun 2019	Permenkes No. 21 Tahun 2021	Rekomendasi Perubahan SPM
		<p>Cara perhitungan</p> <p>1) Nominator: (1 + 2 + 3)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah Balita usia 12-23 bulan yang mendapat Pelayanan Kesehatan sesuai Standar 2. Jumlah Balita usia 24-35 bulan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar 3. Jumlah Balita usia 36-59 bulan mendapatkan pelayanan sesuai standar <p>2) Denominator: Jumlah Balita usia 12-59 bulan di wilayah kerja Kabupaten/kota tersebut pada kurun waktu satu tahun yang sama</p> <p>Catatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Balita yang belum mencapai usia 1 tahun di akhir tahun berjalan, tidak di hitung sebagai cakupan. Perhitungan balita usia 0-11 bulan dilakukan setelah balita berulang tahun yang pertama (balita genap berusia 1 tahun/12 bulan). 2) Balita yang belum mencapai usia 24 bulan di akhir tahun berjalan tidak di hitung sebagai cakupan balita usia 24-35 bulan. Perhitungan dilakukan setelah berulang tahun yang kedua (balita genap berusia 2 tahun/24 bulan) 3) Balita yang belum mencapai usia 36 bulan, di akhir tahun berjalan tidak di hitung sebagai cakupan balita usia 36-59 bulan. Perhitungan di lakukan setelah berulang tahun yang ketiga (balita genap berusia 3 tahun/36 bulan) 		



BAPPENAS

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

**Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat
Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan
Kementerian PPN/Bappenas**

Jalan Taman Suropati No.2, Jakarta Pusat, 10310

Telp: (021) 31934379, Fax: (021) 3926603

Email: kgm@bappenas.go.id