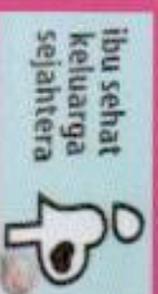




Buku *Portret Health Seeking Behavior Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia*, memberikan informasi, gambaran perilaku pencarian pelayanan Kesehatan Ibu dan anak di seluruh provinsi di Indonesia. Pentingnya upaya meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia, hasil SDKI pada tahun 2012 ini angka kematian ibu bersalin meningkat tajam 359 per 100.000 kelahiran. Padahal pada tahun 2012 pemerintah telah mengeluarkan kebijakan Jaminan persalinan aman/gampersal bagi ibu bersalin di fasilitas kesehatan oleh tenaga kesehatan, dan Baritan Operasional Kesehatan/BOK di puskesmas di Indonesia. Kebijakan tersebut dimaksudkan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi melalui upaya promotif dan preventif. Buku ini terdiri dari lima bab Health seeking behavior: Kesehatan Reproduksi, Pelayanan Antenatal, Aksesibilitas pelayanan KIA, Pelayanan Nifas, Aksesibilitas KIA dan Analisis Aksesibilitas Hubungan Ketenagaan dan Keterseediaan Polindes dan Poskesdes dengan akses pelayanan kesehatan Ibu dan Anak/KIA.

Buku ini memberikan gambaran dan prospektif ke depan perkembangan suatu kebijakan, program terhadap kesehatan ibu dan anak. Buku ini dapat memberikan inspirasi bagi pembaca, pemerhati dan pengambil kebijakan kesehatan maternal dalam meningkatkan inovasi, model pelayanan KIA dan efektifitas suatu intervensi, dengan mengidentifikasi kebutuhan pelayanan sesuai data evidence based. Buku ini memberikan capaian sebuah mana kemajuan tujuan MDGs di Indonesia dapat tercapai dan dapat dibandingkan dalam komunitas, wilayah, provinsi, maupun negara. Diharapkan buku ini dapat digunakan untuk penajaman program, penajaman sasaran dan rekomendasi kebijakan KIA di Indonesia, serta untuk melakukan advokasi dan perencanaan anggaran pembangunan kesehatan.

Dr. Niniek Lely Pratiwi, drg., M.Kes., adalah seorang Peneliti Utama di Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Dr. Hari Basuki, dr., M.Kes., adalah seorang pengajar, dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Di Universitas Airlangga Surabaya.

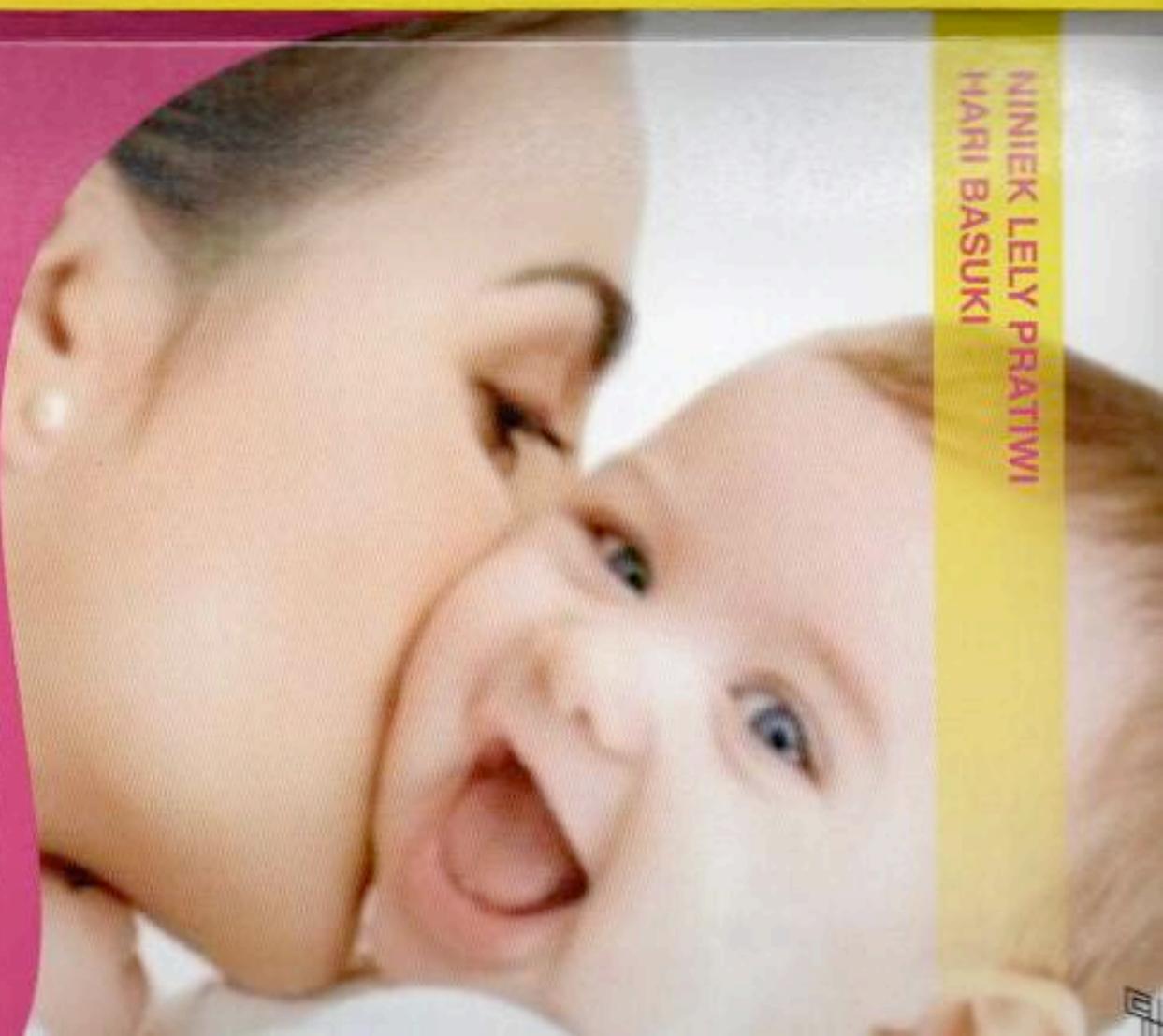


Pusat Penelitian dan Pengabdian  
**Airlangga University Press**

Kampus C Universitas Airlangga - Kabupaten, Surabaya 60115  
Telp. (031) 5992240, 5992247, 5992249 Fax. (031) 5992248  
E-mail: [keluarga@ppl.uin-sby.ac.id](mailto:keluarga@ppl.uin-sby.ac.id), [kuin@ppl.uin-sby.ac.id](mailto:kuin@ppl.uin-sby.ac.id)



**NINIEK LELY PRATIWI**  
**HARI BASUKI**



*Portret* Health Seeking Behavior  
**Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia**

**POTRET HEALTH SEEKING BEHAVIOR  
KESEHATAN IBU DAN ANAK  
DI INDONESIA**

Pasal 72 Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta:

- (1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- (2) Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000,000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak memperbanyak penggunaan untuk kepentingan komersial suatu Program Komputer dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000,000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (4) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 17 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.000.000,000,00 (satu miliar rupiah).
- (5) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 19, Pasal 20, atau Pasal 29 ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000,000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (6) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 24 atau Pasal 55 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000,000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (7) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 25 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000,000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (8) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 27 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000,000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (9) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 28 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.500.000,000,00 (satu miliar lima ratus juta rupiah).

# *Patnet* Health Seeking Behavior

## Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Dr. NINIEK LELY PRATIWI, Drg, M.Kes  
Dr. HARI BASUKI Dr., M.Kes



Airlangga University Press



© 2014 Airlangga University Press

AUP 300/29.536/07.14-ASE

Dilarang mengutip dan atau memperbanyak tanpa izin tertulis dari Penerbit sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apa pun, baik cetak, fotoprint, mikrofilm dan sebagainya.

Cetakan pertama — 2014

**Penerbit:**

Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair (AUP)  
Kampus C Unair, Mulyorejo Surabaya 60115  
Telp. (031) 5992246, 5992247 Fax. (031) 5992248  
E-mail: aupsby@vtd.net.id

Dicetak oleh: Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair (AUP)

(OC 063/03.14/AUP-ASE)

**Perpustakaan Nasional RI: Data Katalog dalam Terbitan (KDD)**

**Niniek Lely Pratiwi**

Portret health seeking behavior kesehatan ibu dan anak di Indonesia/Niniek Lely Pratiwi, Hari Basuki. -- Surabaya: Airlangga University Press (AUP), 2014. viii, 132 hlm.; 15,8 x 23 cm.

Bibliografi : hlm. 131-132  
ISBN 978-602-7924-66-6

1. Kesehatan ibu, Pelayanan. 2. Kesehatan anak, Pelayanan. I. Judul.

**362.198 2**

14 15 16 17 18 / 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ANGGOTA IKAPI: 001/JTU/95

Cambur cover diambil dari <http://keselatankebangsa.net/wp-content/uploads/2012/11/keselatan-bu-dan-anak.jpg>

Buku ini diterbitkan atas kerja sama dengan Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pembedayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Indrapura 17, Surabaya 60176

## Prakata

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 memiliki beberapa indikator yang telah disepakati pada Milleium Development Goals (MDGs) untuk tingkat nasional dan tingkat provinsi. Salah satunya adalah tujuan kelima MDGs yaitu meningkatkan kesehatan ibu, targetnya terkait dengan kesehatan reproduksi yaitu menurunkan 75% kematian ibu dalam kurun waktu 1990-2015 dan targetnya akses secara universal. Indikator yang digunakan untuk target pertama adalah angka kematian ibu (AKI) dan proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan. Indikator yang digunakan untuk target kedua adalah universal access untuk kesehatan reproduksi yang terdiri dari cakupan penggunaan alat kontrasepsi dan cakupan pelayanan antenatal. Buku Health seeking behavior kesehatan maternal dalam pencapaian MDGs-post MDGs ditujukan untuk dapat memberikan informasi, gambaran perilaku pencarian pertolongan Kesehatan Ibu dan anak di seluruh provinsi di Indonesia. Mengingat pentingnya upaya meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia, terutama dalam program penurunan angka kematian ibu dan bayi. Buku ini terdiri dari lima bab Health seeking behavior: Kesehatan Reproduksi, Antenatal care, aksesibilitas pelayanan KIA, Pelayanan Nifas, Aksesibilitas KIA dan Analisis Aksesibilitas Hubungan Ketengagaan dan Ketersediaan Polindes dan Poskesdes dengan akses pelayanan kesehatan ibu dan Anak/KIA.

Buku ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan prospektif ke depan perkembangan suatu kebijakan, program terhadap kesehatan ibu dan anak. Buku ini diharapkan pula dapat meningkatkan inovasi, model pelayanan KIA dan efektivitas suatu intervensi, dengan mengidentifikasi kebutuhan pelayanan sesuai data evidence based. Buku ini memberikan capaian sejauh mana kemajuan tujuan MDGs di Indonesia dapat tercapai dan dapat dibandingkan dalam komunitas, wilayah, provinsi, maupun negara. Diharapkan buku ini dapat digunakan untuk penajaman program, penajaman sasaran dan rekomendasi kebijakan KIA di Indonesia, serta untuk melakukan advokasi dan perencanaan anggaran pembangunan kesehatan.

Surabaya, 19 Maret 2014

Niniek Lely Pratiwi dan Hari Basuki

# DAFTAR ISI

Prakata .....	v
Bab 1 <i>Health Seeking Behavior</i> Kesehatan Reproduksi di Indonesia Ninieck Lely Pratiwi, Hari Basuki .....	1
Bab 2 <i>Health Seeking Behavior Antenatal Care</i> di Indonesia Ninieck Lely Pratiwi, Hari Basuki, Herti Maryani .....	33
Bab 3 <i>Profil Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak</i> di Indonesia Ninieck Lely Pratiwi, Hari Basuki .....	67
Bab 4 <i>Health Seeking Behavior</i> Pelayanan Nifas di Indonesia Hari Basuki, Ninieck Lely Pratiwi .....	95
Bab 5 Analisis Aksesibilitas Hubungan Ketenagaan dan Ketersediaan Polindes dan Poskesdes dengan Akses Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Ninieck Lely Pratiwi, Hari Basuki, Herti Maryani .....	109
Ucapan Terima Kasih .....	129
Daftar Pustaka .....	131

# Health Seeking Behavior Reproduksi di Indonesia

Ninieck Iely Pratiwi, Hari Basuki

## PENDAHULUAN

Upaya terobosan persalinan aman dapat disiapkan dengan membekali para remaja pengetahuan kesehatan reproduksi agar remaja dapat mempersiapkan dan menyongsong kehamilan dengan perencanaan yang matang secara psikologis, dan finansial yang cukup. Menjaga kesehatan reproduksi pada usia remaja dapat terhindar dari kehamilan di luar nikah yang merupakan penyumbang risiko meningkatnya kematian maternal akibat upaya yang tidak diinginkan seperti upaya menggugurkan kandungan. Data Sensus Penduduk tahun 2010 memperlihatkan fenomena yang menarik untuk dikaji bahwa kejadian kenatian ibu menurut usia dan jumlah anak  $\leq 1$  terbesar pada usia kelompok remaja, yaitu  $< 20$  tahun sebesar 92,0%, pada umur 20-35 sebesar 39,3%. Menjaga kesehatan reproduksi dapat mencegah penyakit infeksi yang mungkin dapat menimbulkan kecacatan bagi janin, dan kelahiran prematur sehingga dapat menjaga kehamilannya lebih baik. Beberapa hasil penelitian yang dilakukan di Kota Surabaya pada 599 perempuan hamil didapat infeksi virus herpes simpleks sebesar 9,9%, Klamidia 8,2%, trikhomonas 4,8%, gonore 0,8% dan sifilis 0,7%. Dari hasil survei terpadu biologis dan perilaku di Jawa Timur pada tahun 2007 pada populasi berisiko didapat HIV  $> 5\%$ , Klamidia  $> 10\%$ , COO  $> 10\%$  dan Sifilis  $> 1\%$ .

Perilaku seks pranikah mempunyai risiko terjadinya penyakit infeksi menular seksual. Infeksi menular seksual (IMS) adalah salah satu pintu untuk memudahkan terjadinya penularan HIV. Survei lain mempunyai tujuan mendapatkan gambaran epidemiologi penyakit IMS, dan faktor yang berpengaruh terhadap perkembangan penyakit, agar secara terus-menerus dan sistematis memberikan dukungan informasi epidemiologi terhadap penyelenggaraan penanggulangan. Monitoring tingkat keadanan melalui analisis kesakitan bila mungkin kematian. Mengikuti trend insidens, faktor risiko dan CFR penyakit guna deteksi dan penanggulangan dini kejadian luar biasa. Menjamin alokasi sumber daya pada kelompok rawan.

Remaja adalah aset sumber daya manusia yang merupakan tulang punggung penerus-generasi di masa mendatang. Besarnya jumlah penduduk usia remaja ini adalah merupakan peluang dan bukan menjadi masalah bagi pemerintah. Masa remaja adalah merupakan masa peralihan baik secara fisik, psikis maupun sosial dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Pada masa ini adalah perpaduan antara perkembangan usia psikologis dan usia biologis sehingga sangat dipengaruhi multi faktor yang terjadi di berbagai bidang dalam masyarakat. Perubahan yang terjadi tersebut, baik karena faktor ekonomi, politik, budaya dan terlebih lagi faktor perubahan sosial yang sangat mempengaruhi perilaku remaja. Masalah yang berkaitan dengan perilaku dan reproduksi remaja seperti bertambahnya kasus penyakit menular seksual terutama HIV-AIDS, kematian ibu muda yang masih sangat tinggi, merbakanya praktik aborsi karena kehamilan yang tidak diinginkan dan kecenderungan remaja masa kini untuk melakukan hubungan seksual sebelum nikah. Masalah ini tidak dapat didekati hanya dari aspek klinis oleh para ahli kedokteran. Inti persoalan sesungguhnya terletak pada konteks sosial yang sangat kompleks karena kesehatan reproduksi politik, sosial dan ekonomi dan berhubungan erat dengan nilai, etika, agama, dan kebudayaan. Untuk itu diperlukan upaya dari berbagai pihak untuk menghadapi masalah perilaku seksual remaja yang berisiko ini.

### Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi

Hubungan seks sebelum pernikahan makin hari makin menjadi sorotan. Salah satu sebabnya adalah makin banyaknya kasus hubungan seks sebelum nikah di masyarakat. Sebab yang lebih mendasar lagi adalah tidak bisa diterimanya perilaku seks sebelum nikah oleh sebagian besar anggota masyarakat. Norma yang berlaku hanya bisa menerima perilaku seksual dalam wadah perkawinan. Hubungan seks pranikah

tidak hanya tidak diterima oleh masyarakat, tetapi juga menimbulkan masalah lain. Kehamilan di luar nikah adalah salah satu masalah yang muncul akibat hubungan seks sebelum nikah. Kehamilan ini tidak saja menimbulkan masalah sosial, tetapi juga masalah kesehatan bagi yang bersangkutan, terutama bila yang mengalaminya adalah remaja yang masih muda usia. Kehamilan pada usia muda ditinjau dari segi kesehatan mengandung risiko tinggi, baik ketika masa kehamilan maupun saat melahirkan. Risiko tinggi yang dimaksud bukan hanya risiko sakit pada yang mengandung dan dikandung, tetapi juga risiko kematian. Secara psikologis, perilaku seks sebelum nikah juga membawa pelakunya mengalami berbagai perubahan sikap, karena secara sosial terbebani jiwanya, akibat masyarakat bisa berhitung usia melahirkan.

Banyak faktor eksternal yang memengaruhi perilaku seks sebelum menikah. Berbagai faktor lingkungan antara lain tempat tinggal, keluarga, kawan, dan komunitas. Sikap sebagai predisposisi perilaku memang tidak selamanya akan manifest. Menurut Ajzen (1988), Fishbein dan Ajzen (1975) serta Worchel dan Cooper (1983) sikap dan perilaku bisa konsisten apabila sikap dan perilaku yang dimaksud adalah spesifik dan ada relevansinya satu dengan yang lain. Karena sikap permisif terhadap hubungan seks sebelum nikah dan perilaku seks sebelum nikah spesifik dan relevan satu dengan yang lain, maka sikap tersebut bisa menjadi prediktor bagi perilakunya. Perilaku seks pranikah ini memang secara kasatmata, namun ia tidak terjadi dengan sendirinya melainkan didorong atau dimotivasi oleh berbagai faktor internal yang tidak dapat diamati secara langsung (tidak kasatmata artinya kita tidak mengetahui alam pikirannya, niatnya). Dengan demikian individu tersebut tergerak untuk melakukan perilaku seks pranikah.

Motivasi merupakan pengugerak perilaku. Hubungan antarke dua konstruksi ini cukup kompleks, antara lain motivasi yang sama dapat saja menggerakkan perilaku yang berbeda, demikian pula perilaku yang sama dapat saja diarahkan oleh motivasi yang berbeda. Motivasi tertentu akan mendorong seseorang untuk melakukan perilaku tertentu pula. Pada seorang remaja, perilaku seks pranikah tersebut dapat dimotivasi oleh rasa sayang dan cinta dengan didominasi oleh perasaan kedekatan dan gairah yang tinggi terhadap pasangannya, tanpa disertai komitmen yang jelas (menurut Sternberg hal ini dinamakan *romantic love*); atau karena pengaruh kelompok (konformitas), yaitu remaja tersebut ingin menjadi bagian dari kelompoknya dengan mengikuti beberapa norma yang telah dianut oleh kelompoknya, dalam hal ini kelompoknya telah melakukan perilaku seks pranikah. Faktor lain yang dapat memengaruhi seorang remaja melakukan seks pranikah karena

ia didorong oleh rasa ingin tahu yang besar untuk mencoba segala hal yang belum diketahui. Hal tersebut merupakan ciri-ciri remaja pada umumnya, mereka ingin mengetahui banyak hal yang hanya dapat dipuaskan serta diwujudkan melalui pengalaman mereka sendiri, "Learning by doing".

Di sinilah suatu masalah acap kali muncul dalam kehidupan remaja karena mereka ingin mencoba segala hal, termasuk yang berhubungan dengan fungsi kebutuhannya yang juga melibatkan pasangannya. Namun di balik itu semua, faktor internal yang paling memengaruhi perilaku seksual remaja sehingga mengarah pada perilaku seksual pranikah pada remaja adalah berkembangnya organ seksual. Dikatakan bahwa *gonads* (kelenjar seks) yang tetap bekerja (seks primer) bukan saja berpengaruh pada penyempurnaan tubuh (khususnya yang berhubungan dengan ciri seks sekunder), melainkan juga berpengaruh jauh pada kehidupan psikis, moral, dan sosial. Pada kehidupan psikis remaja, perkembangan organ seksual mempunyai pengaruh kuat dalam minat remaja terhadap lawan jenis kelamin. Keterarikan antarlawan jenis ini kemudian berkembang ke pola kencan yang lebih serius serta memilih pasangan kencan dan romans yang akan ditelapkan sebagai teman hidup. Pada kehidupan moral, sering dengan berkembangnya gonad, tak jarang timbul konflik dalam diri remaja. Masalah yang timbul yaitu akibat adanya dorongan seks dan pertumbuhan moral seringkali bertentangan.

Bila dorongan seks terlalu besar sehingga menimbulkan konflik yang kuat, maka dorongan tersebut cenderung untuk dimenangkan dengan berbagai dalih sebagai pembenaran diri. Pengaruh perkembangan organ seksual pada kehidupan sosial ialah remaja dapat memperoleh teman baru, mengadakan jalinan cinta dengan lawan jenisnya. Jalinan cinta ini tidak lagi menampilkan pemujaan secara berlebihan terhadap lawan jenis dan "cinta monyet" pun tidak tampak lagi. Mereka benar-benar terpaat hatinya pada seorang lawan jenis, sehingga terikat oleh tali cinta. Perlu pula dijelaskan bahwa pertumbuhan kelenjar seks (*gonad*) remaja, sesungguhnya merupakan bagian integral dari pertumbuhan dan perkembangan jasmani secara menyeluruh. Selain itu, energi seksual atau libido/nafsu pun telah mengalami perintisan yang cukup panjang. Sigmund Freud mengatakan bahwa dorongan seksual yang dirangsang oleh nafsu atau libido telah ada sejak terbentuknya janin. Namun dorongan seksual ini mengalami kematangan pada usia remaja. Oleh karena itu, dengan adanya pertumbuhan ini, maka dibutuhkan penyuluran dalam bentuk perilaku seksual tertentu.

Cukup naif bila kita tidak mengganggu faktor lingkungan, yang memiliki peran yang tidak kalah penting dengan faktor pendorong perilaku seksual

pranikah lainnya. Faktor lingkungan ini bervariasi macamnya, ada teman sepermainan (*peer-group*), pengaruh media dan televisi, bahkan faktor orang tua sendiri. Pada masa remaja, kedekatannya dengan *peer-groupnya* sangat tinggi karena selain katan *peer-group* menggantikan katan keluarga, mereka juga merupakan sumber aksi, simpati, dan pengertian, saling berbagi pengalaman dan sebagai tempat remaja untuk mencapai otonomi dan independensi.

Maka tak heran bila remaja mempunyai kecenderungan untuk mengadopsi informasi yang diterima oleh teman-temannya, tanpa memiliki dasar informasi yang signifikan dari sumber yang lebih dapat dipercaya. Informasi dari teman-temannya tersebut, dalam hal ini sehubungan dengan perilaku seks pranikah, tak jarang menimbulkan rasa penasaran yang membentuk serangkaian pertanyaan dalam diri remaja. Untuk menjawab pertanyaan itu sekaligus membuktikan kebenaran informasi yang diterima, mereka cenderung melakukan dan mengalami perilaku seks pranikah itu sendiri.

Pengaruh media dan televisi pun seringkali diimitasi oleh remaja dalam perilakunya sehari-hari. Misalnya remaja yang menonton film remaja berkebudayaan barat, melalui *observational learning*, mereka melihat perilaku seks itu menyenangkan dan dapat diterima lingkungan. Hal ini pun diimitasi oleh mereka, terkadang tanpa memikirkan adanya perbedaan kebudayaan, nilai serta norma-norma dalam lingkungan masyarakat yang berbeda, perilaku yang tidak sesuai dengan tugas perkembangan remaja pada umumnya dapat dipengaruhi orang tua. Bilamana orang tua mampu memberikan pemahaman mengenai perilaku seks kepada anak-anaknya, maka anak-anaknya cenderung mengontrol perilaku seksnya itu sesuai dengan pemahaman yang diberikan orang tuanya. Hal ini terjadi karena pada dasarnya pendidikan seks yang terbaik adalah yang diberikan oleh orang tua sendiri, dan dapat pula diwujudkan melalui cara hidup orang tua dalam keluarga sebagai suami-istri yang bersatu dalam perkawinan.

Kesulitan yang timbul kemudian adalah apabila pengetahuan orang tua kurang memadai menyebabkan sikap kurang terbuka dan cenderung tidak memberikan pemahaman tentang masalah-masalah seks anak. Akibatnya anak mendapatkan informasi seks yang tidak sehat. Hasil penelitian menunjukkan: informasi seks yang tidak sehat atau tidak sesuai dengan perkembangan usia remaja mengakibatkan remaja terlibat dalam berbagai kasus berupa konflik dan gangguan mental, ide yang salah dan berbagai ketakutan yang berhubungan dengan seks. Dalam hal ini, terciptanya konflik dan gangguan mental serta ide yang salah dapat memungkinkannya seorang remaja untuk melakukan perilaku

seks pranikah. Oleh karena itu, maka diperlukan suatu kajian, analisis terhadap perilaku kesehatan reproduksi, kemudahan akses fasilitas kesehatan terhadap persalinan aman.

Dengan memberikan gambaran, pemetaan pola perilaku kesehatan reproduksi, beserta aksesibilitas fasilitas kesehatan diharapkan dapat memberikan masukan bagi pengambil kebijakan agar dapat merencanakan program kesehatan reproduksi, dalam mempersiapkan kesehatan maternal lebih strategis dalam percepatan pencapaian MDGs melalui persalinan aman.

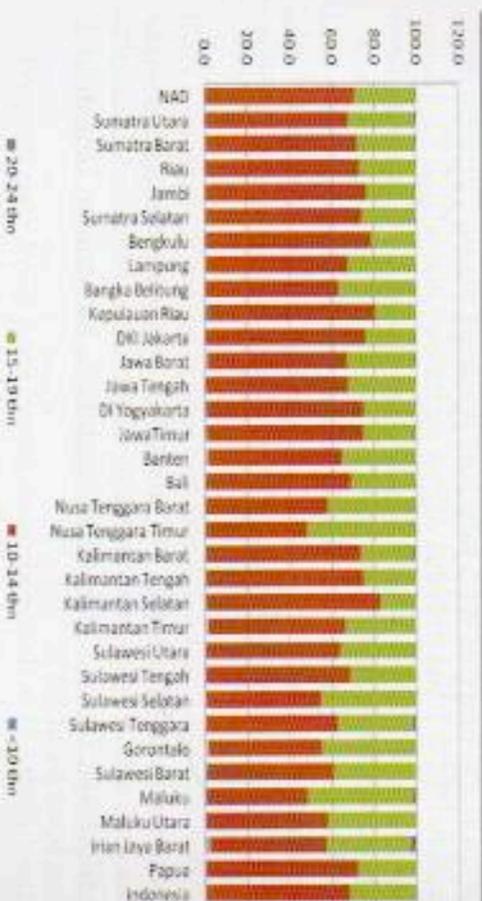
### Profil Perilaku Kesehatan Reproduksi

Data Riseskedsas tahun 2010, di bawah ini akan memberikan gambaran *health seeking behavior* kesehatan reproduksi pada wanita usia subur yang ada di berbagai wilayah provinsi di Indonesia di mulai dengan data kapan usia haid pertamakali, usia menikah pertamakali, usia ibu saat memiliki anak pertamakali, jumlah anak, pemakaian dan jenis kontrasepsi, dan masih banyak informasi tentang kesehatan reproduksi yang perlu dibaca.

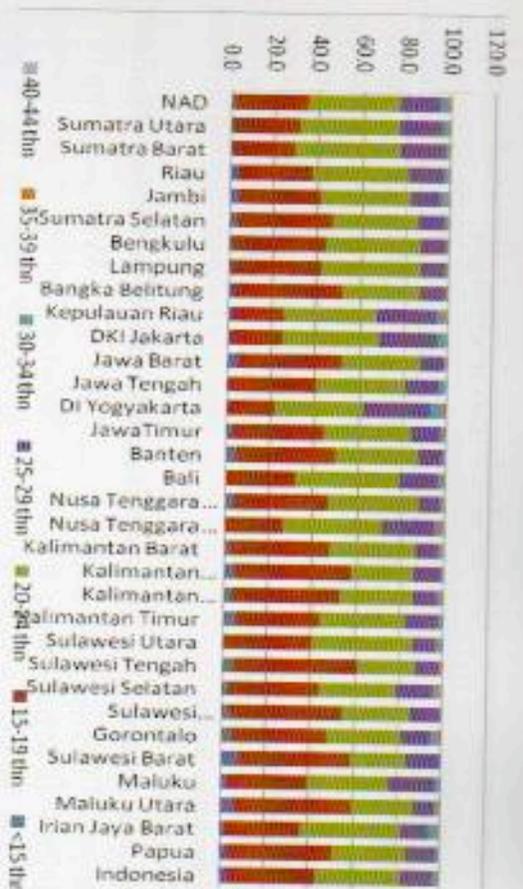
**Tabel 1.1** Proporsi wanita usia subur (WUS) berdasarkan umur haid pertama kali menurut provinsi, Riseskedsas tahun 2010

Provinsi	Usia Haid Pertama			
	<10 thn	10-14 thn	15-19 thn	20-24 thn
NAD	0,0	71,0	29,0	0,0
Sumatra Utara	0,1	67,8	31,6	0,6
Sumatra Barat	0,2	71,7	27,8	0,2
Riau	0,0	72,9	27,1	0,0
Jambi	0,0	76,2	23,8	0,0
Sumatra Selatan	0,5	73,8	25,6	0,0
Bengkulu	0,5	78,4	21,1	0,0
Lampung	0,2	67,2	32,6	0,0
Bangka Belitung	0,0	63,1	36,9	0,0
Kepulauan Riau	1,4	79,3	19,4	0,0
DKI Jakarta	0,5	75,3	24,0	0,2
Jawa Barat	0,6	66,5	32,5	0,4
Jawa Tengah	0,3	67,7	32,0	0,1
DI Yogyakarta	1,1	74,2	24,7	0,0
Jawa Timur	0,7	74,3	24,9	0,1

Provinsi	Usia Haid Pertama			
	<10 thn	10-14 thn	15-19 thn	20-24 thn
Banten	0,6	64,0	35,4	0,0
Bali	0,0	69,1	30,9	0,0
Nusa Tenggara Barat	0,0	58,0	41,6	0,4
Nusa Tenggara Timur	0,5	47,7	51,8	0,0
Kalimantan Barat	0,3	73,5	25,3	0,9
Kalimantan Tengah	0,0	75,0	25,0	0,0
Kalimantan Selatan	0,3	82,6	17,1	0,0
Kalimantan Timur	0,6	65,6	33,9	0,0
Sulawesi Utara	0,0	63,8	35,6	0,6
Sulawesi Tengah	0,0	68,8	31,3	0,0
Sulawesi Selatan	0,2	54,3	45,5	0,0
Sulawesi Tenggara	0,0	62,9	35,9	1,2
Gorontalo	0,6	54,6	44,8	0,0
Sulawesi Barat	0,7	60,3	39,1	0,0
Maluku	0,0	48,6	49,7	1,7
Maluku Utara	0,0	58,0	42,0	0,0
Irian Jaya Barat	1,3	55,8	40,3	2,6
Papua	0,0	72,2	27,8	0,0
Indonesia	0,4	67,8	31,5	0,2



**Gambar 1.1** Proporsi WUS berdasarkan umur haid pertama kali menurut provinsi, Riseskedsas tahun 2010



**Gambar 1.2** Proporsi WUS Berdasarkan Umur menikah pertama kali, Riskesdas tahun 2010

Berdasarkan Tabel 1.1 di atas tampak bahwa proporsi wanita usia subur atau WUS berdasarkan umur haid pertama kali rerata nasional mayoritas pada kelompok usia 10–14 tahun 67,8%, diikuti usia 15–19 tahun 31,5%. Proporsi WUS yang haid pertamakali usia < 10 tahun rerata nasional 0,4%. Lima provinsi di atas rerata nasional adalah Kepulauan Riau 1,4%, Irian Jaya Barat 1,3%, DI Yogyakarta 1,1%, Sulawesi Barat 0,7%, dan Gorontalo 0,6%.

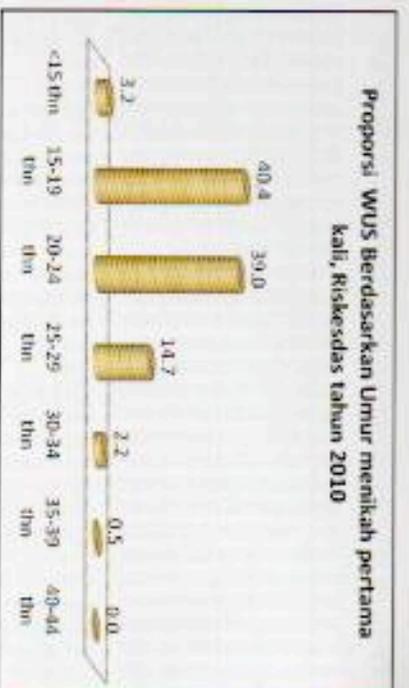
Dari gambar grafik 1.1 di atas terlihat bahwa proporsi WUS haid pertamakali terbanyak pada usia 10–14 tahun dan kelompok umur 15–19 tahun dibandingkan pada kelompok umur lainnya (20–24 tahun, < 10 tahun).

Berdasarkan grafik 1.2 di atas tampaknya bahwa proporsi usia WUS yang menikah pertamakali < 15 tahun lima provinsi tertinggi dari angka nasional adalah provinsi Sulawesi Barat 8,2%, Maluku Utara 5,9%, Kalimantan Timur 5, Sulawesi Tengah 5,2%, Kalimantan Tengah 5,1%, dan Jawa Barat 5,1%.

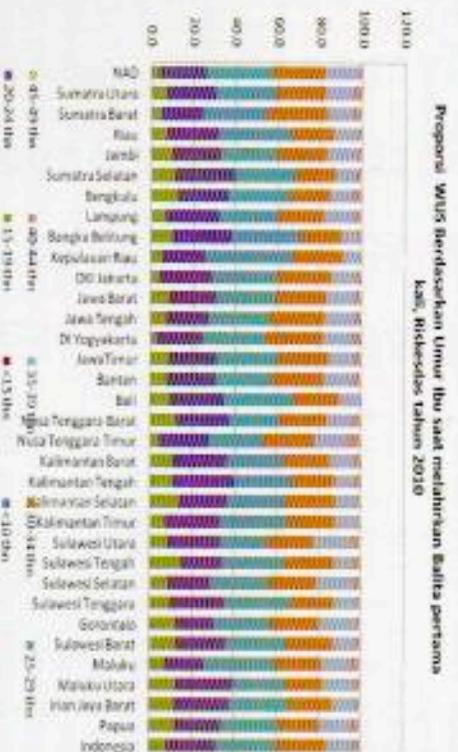
**Tabel 1.2** Proporsi WUS berdasarkan umur menikah pertama kali, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Usia menikah pertama						
	<15 thn	15-19 thn	20-24 thn	25-29 thn	30-34 thn	35-39 thn	40-44 thn
NAD	2,1	33,4	41,2	18,6	3,8	0,9	0,0
Sumatra Utara	1,0	31,1	44,9	19,1	3,3	0,6	0,0
Sumatra Barat	1,2	28,1	48,0	20,6	1,6	0,5	0,0
Riau	3,8	33,9	43,4	16,5	1,9	0,5	0,0
Jambi	4,5	36,9	40,8	13,3	3,6	1,0	0,0
Sumatra Selatan	3,7	43,2	38,9	11,9	1,8	0,5	0,0
Bengkulu	1,5	42,6	43,1	11,3	1,0	0,5	0,0
Lampung	1,7	40,5	44,9	11,5	1,3	0,2	0,0
Bangka Belitung	3,0	48,8	35,1	11,4	0,5	1,0	0,0
Kepulauan Riau	2,2	23,3	42,2	27,6	3,0	1,7	0,0
DKI Jakarta	1,6	23,5	43,8	26,6	4,1	0,3	0,0
Jawa Barat	5,1	47,2	35,4	10,5	1,5	0,3	0,0
Jawa Tengah	1,2	39,6	40,5	15,5	2,6	0,5	0,1
DI Yogyakarta	0,0	22,0	40,3	30,4	5,8	1,6	0,0
Jawa Timur	3,1	41,9	39,3	13,3	2,2	0,2	0,0
Banten	5,0	45,5	37,4	11,0	0,9	0,1	0,1
Bali	0,4	31,4	47,3	17,4	3,1	0,4	0,0
Nusa Tenggara Barat	3,6	43,5	41,4	9,2	1,7	0,6	0,0
Nusa Tenggara Timur	0,2	26,6	44,7	23,9	3,8	0,7	0,0
Kalimantan Barat	2,6	45,4	39,3	9,8	2,0	0,6	0,3
Kalimantan Tengah	5,1	52,7	28,4	12,8	1,0	0,0	0,0
Kalimantan Selatan	4,1	49,0	32,9	11,4	2,3	0,3	0,0
Kalimantan Timur	5,9	38,1	38,9	15,2	1,9	0,0	0,0
Kalimantan Utara	0,6	40,2	45,6	10,1	3,6	0,0	0,0
Sulawesi Utara	5,2	56,0	26,6	11,1	0,8	0,4	0,0
Sulawesi Tengah	2,9	41,1	35,1	16,7	2,7	1,4	0,2
Sulawesi Selatan	4,0	50,8	31,0	13,9	0,4	0,0	0,0
Sulawesi Tenggara	4,2	44,0	33,7	13,3	3,0	1,8	0,0
Gorontalo	8,2	51,2	24,7	15,3	0,6	0,0	0,0
Sulawesi Barat	3,4	35,8	37,5	21,0	2,3	0,0	0,0
Maluku	5,9	53,8	28,4	9,5	1,2	1,2	0,0
Maluku Utara	2,3	34,1	46,0	12,5	4,5	0,6	0,0
Irian Jaya Barat	3,4	48,3	32,9	14,1	1,3	0,0	0,0
Papua	3,2	40,4	39,0	14,7	2,2	0,5	0,0
Indonesia							

Proporsi usia WUS yang menikah pertamakali < 15 tahun rerata nasional 3,2%, padahal umur ideal menikah secara kesehatan reproduksi dan mental usia menikah 25–29 tahun 14,7%, sedangkan usia WUS menikah pada kelompok umur 15–19 tahun paling banyak mendominasi yaitu 40,4%, Tabel 1.2.



Gambar 1.3 Proporsi WUS Berdasarkan Umur menikah pertama kali, Riskesdas tahun 2010



Gambar 1.4 Proporsi WUS Berdasarkan Umur Ibu saat melahirkan Balita pertama kali Menurut Provinsi, Riskesdas tahun 2010

Pada gambar di atas terlihat bahwa proporsi WUS menikah pertama kali paling banyak pada kelompok usia 15–19 tahun 40,4% dibandingkan pada kelompok umur yang lain, kelompok ke dua diduduki oleh kelompok usia WUS 20–24 tahun sebanyak 39,0%.

Berdasarkan gambar 1.4 tampaknya bahwa proporsi WUS melahirkan pertama kali provinsi tertinggi pada kelompok usia <15 tahun adalah Sulawesi Tengah 0,7%, Papua 0,7%, dan provinsi Gorontalo 0,6%.

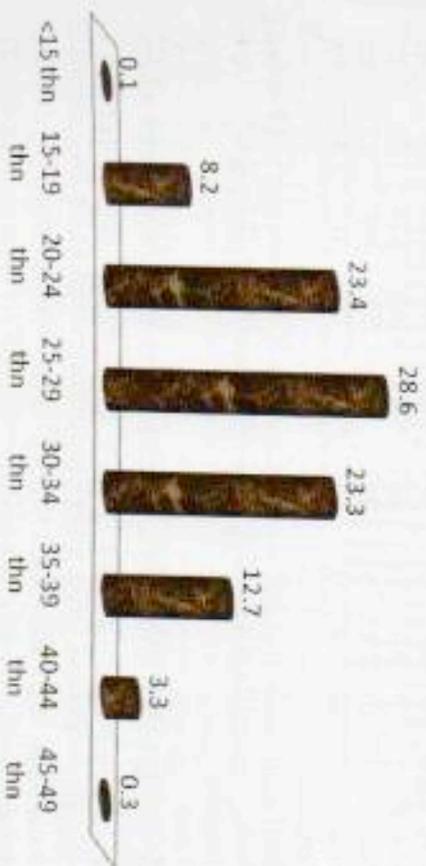
Tabel 1.3 Proporsi WUS berdasarkan umur ibu saat melahirkan balita pertama kali, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Usia ibu saat melahirkan balita pertamakali									
	<10 thn	<15 thn	15-19 thn	20-24 thn	25-29 thn	30-34 thn	35-39 thn	40-44 thn	45-49 thn	
NAD	0,0	0,0	3,6	22,6	31,4	24,8	15,6	2,0	0,0	
Sumatra	0,0	0,1	6,8	23,8	28,6	23,5	13,0	3,6	0,5	
Ulara										
Sumatra	0,0	0,0	4,4	19,8	30,8	28,4	11,9	4,0	0,7	
Barat										
Riau	0,0	0,0	6,8	25,2	34,4	19,9	11,4	2,0	0,2	
Jambi	0,0	0,3	9,5	23,5	26,7	23,5	13,7	2,9	0,0	
Sumatra	0,0	0,2	11,1	28,8	28,1	19,1	9,2	3,5	0,2	
Selatan										
Bengkulu	0,0	0,0	12,7	24,4	28,4	19,3	10,2	5,1	0,0	
Lampung	0,0	0,2	6,9	25,5	27,8	21,8	13,9	3,7	0,2	
Bangka	0,0	0,0	10,2	28,3	32,2	19,5	7,3	2,4	0,0	
Bekitung										
Kepulauan	0,0	0,0	5,5	20,4	40,9	24,3	8,1	0,9	0,0	
Riau										
DKI Jakarta	0,0	0,0	4,2	24,8	31,0	25,2	11,9	2,8	0,2	
Jawa Barat	0,0	0,1	8,7	22,4	28,3	23,4	13,5	3,2	0,3	
Jawa	0,0	0,1	7,1	20,3	29,1	25,9	13,9	3,4	0,2	
Tengah										
DI	0,0	0,0	2,6	22,4	29,7	27,1	13,5	4,7	0,0	
Yogyakarta										
Jawa Timur	0,0	0,1	8,4	23,2	28,2	24,3	12,1	3,7	0,1	
Banten	0,0	0,0	7,5	23,7	26,1	24,9	13,8	3,3	0,7	
Bali	0,0	0,4	8,6	26,2	32,2	22,1	9,7	0,7	0,0	
Nusa	0,0	0,0	12,3	25,7	22,8	22,8	11,5	4,2	0,6	
Tenggara										
Barat										
Nusa	0,0	0,0	3,7	24,2	25,0	25,2	15,2	6,3	0,4	
Tenggara										
Timur										
Kalimantan	0,0	0,5	10,2	25,9	26,1	22,4	11,1	3,2	0,5	
Barat										
Kalimantan	0,0	0,3	10,4	29,5	26,5	20,8	8,7	3,7	0,0	
Tengah										
Kalimantan	0,0	0,0	13,7	22,8	27,4	23,9	10,0	1,7	0,6	
Selatan										
Kalimantan	0,0	0,5	6,3	26,1	32,1	22,5	10,7	1,6	0,3	
Timur										

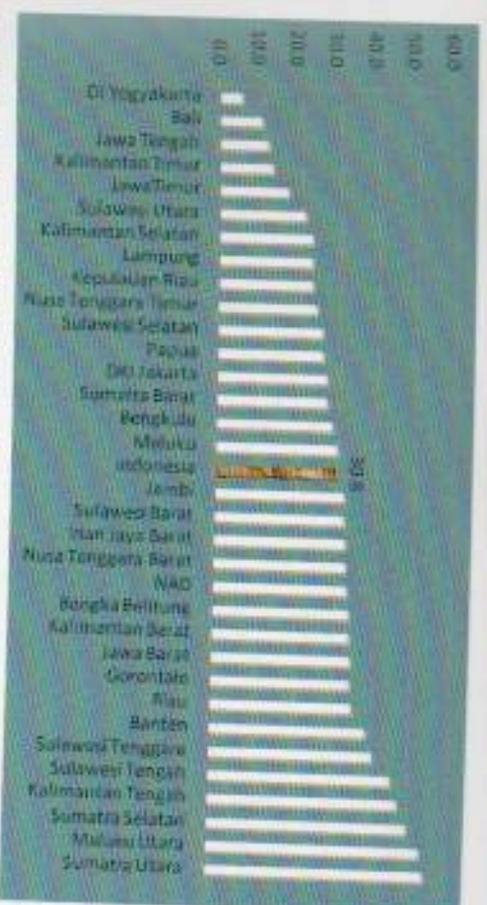
Usia ibu saat melahirkan balita pertamakali

Provinsi	<10 thn	<15 thn	15-19 thn	20-24 thn	25-29 thn	30-34 thn	35-39 thn	40-44 thn	45-49 thn
Sulawesi	0,0	0,0	8,2	25,3	21,8	22,4	17,6	4,1	0,6
Utara	0,0	0,7	14,2	19,4	29,1	23,9	8,6	4,1	0,0
Sulawesi Tengah	0,0	0,2	8,4	20,1	27,7	22,5	17,3	3,9	0,0
Sulawesi Selatan	0,0	0,0	9,5	25,8	30,9	21,1	10,2	2,5	0,0
Tenggara	0,0	0,6	11,6	18,5	26,6	23,1	17,9	1,2	0,6
Corontalo	0,0	0,5	12,1	23,7	28,3	22,2	10,1	3,0	0,0
Sulawesi Barat	0,0	0,0	7,0	18,9	33,5	21,6	13,5	4,3	1,1
Maluku	0,0	0,6	11,6	27,7	24,3	17,9	14,5	3,5	0,0
Maluku Utara	0,0	0,4	11,3	26,4	27,7	20,8	10,8	2,2	0,4
Irian Jaya Barat	0,7	0,0	10,9	22,5	26,7	19,6	14,7	4,2	0,7
Papua	0,0	0,1	8,2	23,4	28,6	23,3	12,7	3,3	0,3
Indonesia	0,0	0,1	8,2	23,4	28,6	23,3	12,7	3,3	0,3

Proporsi umur WUS saat melahirkan pertamakali pada kelompok umur <15 tahun 0,1%, kelompok umur 15-19 tahun 8,2%, umur diatas 35 tahun 16,3%, ketiga kelompok umur ini yang merupakan usia berisiko terjadinya kematian ibu bersalin maupun kematian bayi, Tabel 1.3.



Gambar 1.5 Proporsi WUS berdasarkan umur ibu saat melahirkan balita pertama kali Menurut Provinsi, Riskesdas tahun 2010



Gambar 1.6 Proporsi WUS berdasarkan pernah imunisasi TT, Riskesdas tahun 2010

Dari grafik di atas terlihat masih 0,1% proporsi WUS melahirkan pertamakali pada kelompok usia <15 tahun, demikian pula 0,3% WUS yang melahirkan pertamakali pada usia 45-49 tahun,

Proporsi WUS yang tidak pernah memperoleh imunisasi TT lima provinsi terbanyak di atas rerata nasional adalah provinsi Sumatera Utara 55,5%, Maluku Utara 54,3%, Sumatera selatan 50,8%, Kalimantan Tengah 48,3% dan Sulawesi Tengah 46,3%, Gambar 1.6.

Tabel 1.4 Proporsi WUS berdasarkan pernah imunisasi TT, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Pernah imunisasi TT					Tidak pernah
	Tidak pernah	1 kali	≥ 2 kali	1 kali	≥ 2 kali	
NAD	33,9	54,4	11,3	23,8	36,3	2,7
Sumatera Utara	55,5	37,1	3,6	17,7	22,2	9,5
Sumatera Barat	28,0	79,0	5,6	21,3	40,8	2,1
Riau	35,8	59,0	9,0	29,2	27,6	6,5
Jambi	32,7	80,7	4,4	21,8	14,3	4,8
Sumatera Selatan	50,8	75,6	5,5	21,7	15,8	4,5
Bengkulu	29,4	66,7	8,6	34,1	25,4	2,0
Lampung	23,7	69,4	7,1	27,5	32,7	3,7
Bangka Belitung	34,6	62,6	7,3	38,2	21,0	1,5
Kepulauan Riau	23,8	77,8	9,4	25,1	22,1	3,4

## Profil Keluarga Berencana/KB

Tabel 15 Proporsi WUS berdasarkan kepesertaan KB, Riskasdas tahun 2010

Provinsi	Keikutsertaan KB		
	Sekarang menggunakan	Pernah menggunakan	Tidak pernah samasekali
Papua	36,1	19,6	44,2
Irian Jaya Barat	36,4	17,7	45,9
Sumatra Utara	45,8	22,3	31,9
Maluku	49,2	14,6	36,2
Sulawesi Barat	50,5	15,2	34,3
Nusa Tenggara Timur	52,0	19,7	28,3
Sulawesi Tenggara	52,0	23,6	24,4
Maluku Utara	54,9	29,5	15,6
Sumatra Barat	57,6	26,6	15,9
NAD	58,7	24,4	16,9
Sulawesi Selatan	61,2	22,1	16,6
Riau	64,6	21,5	14,0
Sulawesi Tengah	65,3	21,6	13,1
DKI Jakarta	67,9	19,0	13,1
Kepulauan Riau	69,8	19,6	10,6
Kalimantan Timur	72,3	19,6	8,1
Banten	72,4	19,1	8,5
Nusa Tenggara Barat	73,3	18,6	8,1
DI Yogyakarta	73,4	16,1	10,4
Kalimantan Barat	74,4	15,1	10,5
Bengkulu	75,1	16,8	8,1
Jawa Timur	75,4	15,5	9,1
Bali	75,7	14,6	9,7
Sumatra Selatan	76,1	14,9	9,0
Jawa Tengah	76,1	15,0	8,9
Jawa Barat	76,5	17,2	6,3
Lampung	78,4	15,7	5,9
Bangka Belitung	79,5	14,1	6,3
Sulawesi Utara	80,6	18,8	0,6
Gorontalo	81,5	9,2	9,2
Jambi	81,6	11,4	7,0
Kalimantan Selatan	81,8	13,7	4,6
Kalimantan Tengah	82,2	13,1	4,7
Indonesia	69,0	18,0	13,1

Proporsi WUS yang tidak pernah menggunakan KB rerata nasional 13,1%, Provinsi dengan proporsi WUS tidak pernah ber KB lima tertinggi

## Pernah Imunisasi TT

Provinsi	Tidak pernah	1 kali		≥ 2 kali		Tidak tahu
		sebelum menikah	setelah menikah	sebelum menikah	setelah menikah	
DKI Jakarta	27,8	59,9	10,6	29,1	26,6	4,7
Jawa Barat	35,3	66,6	7,3	28,9	25,7	2,7
Jawa Tengah	12,1	78,8	11,8	28,8	32,2	1,8
DI Yogyakarta	5,2	75,8	15,6	45,6	35,9	0,0
Jawa Timur	17,3	73,5	16,1	51,4	18,4	2,3
Banten	39,5	43,6	8,6	29,0	27,6	5,5
Bali	10,5	32,1	22,5	13,7	72,7	1,9
Nusa Tenggara Barat	33,5	53,1	6,5	22,0	43,6	2,2
Nusa Tenggara Timur	25,0	41,3	14,5	14,8	50,0	6,4
Kalimantan Barat	34,8	60,8	12,1	28,2	31,8	4,0
Kalimantan Tengah	48,3	75,5	7,0	18,5	17,4	1,0
Kalimantan Selatan	23,6	86,5	7,1	31,6	8,5	0,6
Kalimantan Timur	13,3	53,1	23,5	28,7	45,4	2,1
Sulawesi Utara	21,8	54,5	10,0	25,2	38,2	5,9
Sulawesi Tengah	46,3	57,0	8,2	29,6	25,0	3,4
Sulawesi Selatan	26,5	76,4	8,4	17,8	39,4	1,0
Sulawesi Tenggara	41,5	53,1	6,2	21,8	36,4	5,1
Gorontalo	35,3	58,7	8,7	26,9	22,0	4,6
Sulawesi Barat	32,8	62,0	9,1	24,0	22,2	6,1
Maluku	30,8	24,6	6,5	20,6	46,5	1,1
Maluku Utara	54,3	8,5	4,0	11,3	32,4	4,6
Irian Jaya Barat	33,3	29,4	13,0	22,4	40,3	4,8
Papua	26,7	39,9	16,5	22,4	43,2	9,1
Indonesia	30,8	61,6	9,7	28,8	29,3	3,6

Pada Tabel 1.4 di atas proporsi WUS yang pernah memperoleh imunisasi TT sebanyak satu kali sebelum menikah rerata nasional 63,7%, pernah imunisasi TT sebanyak ≥ 2 kali sesudah menikah 29,3%, Proporsi WUS yang belum pernah memperoleh imunisasi TT 30,8%.

adalah provinsi Irian Jaya Barat 45,9%, Papua 44,2%, Sumatera Utara 31,9%, Maluku 36,2% dan provinsi Sulawesi Barat 34,3%.

Proporsi kepesertaan WUS dalam ber KB, terlihat bahwa mereka yang sekarang sedang menggunakan KB rerata nasional 69,0%, sedangkan WUS yang pernah menggunakan KB 18,0%, yang berarti ada risiko 18,0% WUS sedang hamil atau berisiko hamil. (Gambar 1.7)

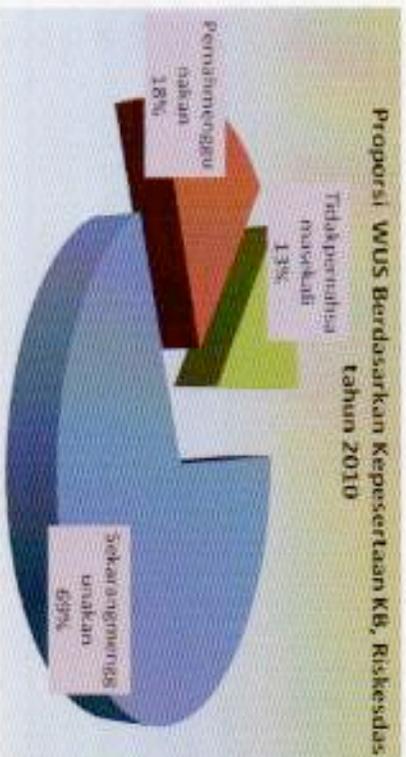
Provinsi dengan proporsi WUS tidak pernah ber KB lima tertinggi adalah provinsi Irian Jaya Barat 45,9%, Papua 44,2%, Sumatera Utara 31,9%, Maluku 36,2% dan provinsi Sulawesi Barat 34,3%, (Gambar 1.8)

Proporsi WUS berdasarkan metode kontrasepsi pada umumnya masyarakat Indonesia menyukai memakai KB dengan metode suntik 63,4%, urutan kedua adalah metode dengan menggunakan pil KB 22,4%.

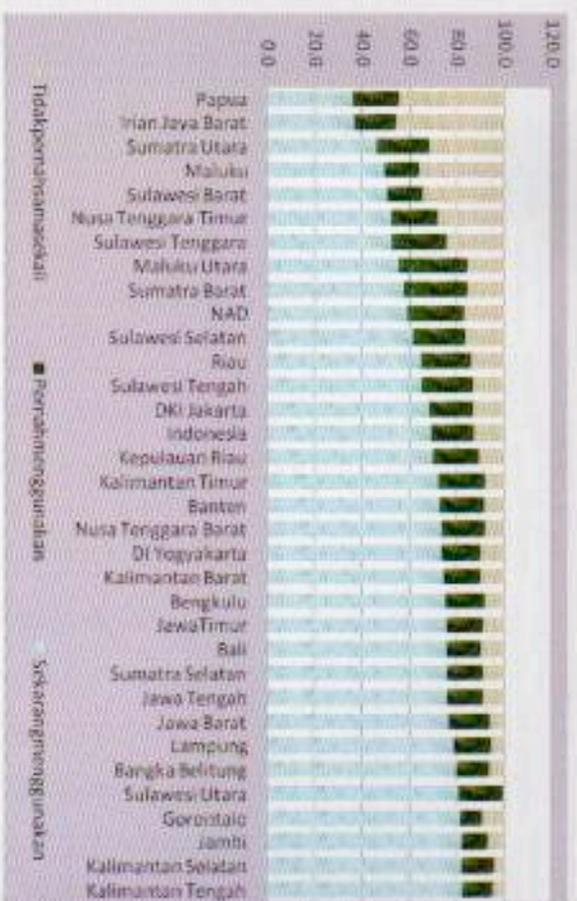
Proporsi WUS yang memakai alat kontrasepsi dengan metode kondom terbanyak di provinsi DI Yogyakarta, NAD dan Irian Jaya Barat dibandingkan provinsi lainnya, Pemakaian IUD paling banyak di provinsi DI Yogyakarta, Sumatera Barat, Maluku dan Bali. (Gambar 1.9)

Peminatan terbanyak dalam pemilihan tempat pelayanan KB di bidang praktik, diikuti puskesmas dan puskesmas pembantu. (Gambar 1.10)

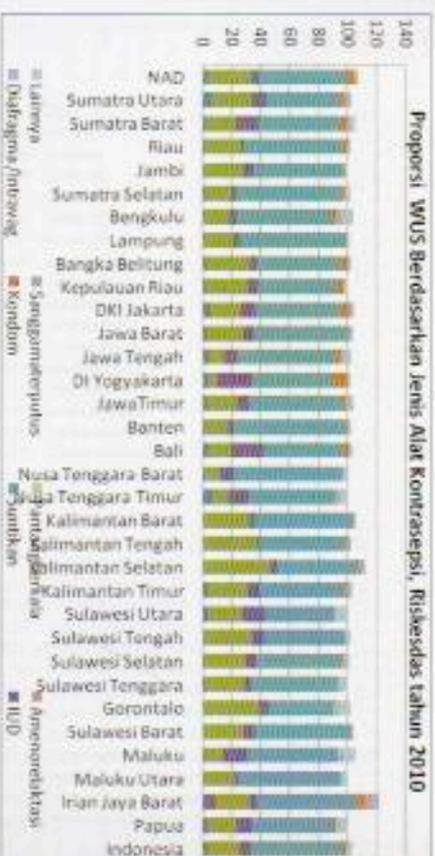
Proporsi WUS yang memanfaatkan jasa bidang praktik lima provinsi tertinggi di atas rerata nasional adalah provinsi Lampung, Sumatera selatan, Bengkulu, Banten dan Jawa Tengah, Sedangkan provinsi



Gambar 1.7 Proporsi WUS berdasarkan kepesertaan KB, Riskesdas tahun 2010



Gambar 1.8 Proporsi WUS berdasarkan kepesertaan KB menurut Provinsi, Riskesdas tahun 2010



Gambar 1.9 Proporsi WUS berdasarkan jenis alat kontrasepsi, Riskesdas tahun 2010

terendah pemantauan bidang praktik adalah provinsi NTT, Papua dan Gorontalo.

Tempat pelayanan kontrasepsi yang paling banyak diminati oleh WUS adalah bidang praktik 52,5% dibandingkan tempat pelayanan



**Tabel 1.7** Proporsi WUS berdasarkan tempat pelayanan KB, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Tempat Pelayanan Keluarga											
	RS Pria	RS Sewa	RSF	Pembuahan Pria	Klinik Kawat	TKBR TKBR	DK Praktik	Bidan Praktik	Usana Praktik	Praktik Pembuahan	Lainnya	
NAD	1.9	0.0	0.0	12.3	4.5	2.7	2.7	1.5	55.5	2.7	28	10.4
Sulawesi Utara	4.6	3.4	1.8	8.3	4.6	1.2	0.8	1.4	57.3	1.6	2.2	10.5
Sulawesi Barat	2.0	1.2	0.4	10.5	12.1	1.2	2.0	0.4	48.2	2.4	4.1	10.1
Riau	2.8	2.1	1.8	5.9	9.2	0.5	0.3	3.2	46.2	2.4	4.2	6.7
Kalimantan Tengah	0.8	0.0	0.0	10.9	0.6	3.5	0.9	1.6	61.1	2.7	3.1	7.0
Sulawesi Selatan	1.8	1.1	0.9	7.5	6.9	1.1	0.2	2.1	44.1	3.9	4.3	5.9
Bengkulu	2.7	0.0	0.0	30.1	4.1	0.7	2.0	1.4	33.5	3.4	1.4	4.8
Lampung	1.0	0.4	0.3	30.4	2.3	0.3	0.3	2.1	21.7	5.2	1.8	2.5
Bengkulu	1.2	0.4	0.0	4.3	5.3	1.2	4.0	2.5	44.4	3.7	10.9	7.2
Kepulauan Riau	3.7	1.8	0.6	12.2	10.4	3.0	0.0	1.8	37.9	1.2	13.4	13.1
DKI Jakarta	3.6	6.9	2.2	9.8	4.4	2.7	0.7	4.8	49.0	0.2	0.0	13.6
Jawa Barat	2.1	2.7	0.6	9.4	2.2	1.6	0.3	1.9	60.2	2.8	1.6	14.9
Jawa Tengah	2.4	2.1	2.5	12.9	2.8	6.6	0.4	3.2	62.4	3.1	1.2	6.1
DI Yogyakarta	2.1	5.0	4.5	15.5	2.4	0.7	1.4	1.4	30.0	1.4	0.0	12.1
Jawa Timur	1.9	2.4	1.5	10.4	3.0	1.3	0.4	0.4	26.1	1.1	3.1	11.4
Banten	0.7	2.0	2.4	11.9	2.2	2.4	1.8	1.6	62.4	4.1	4.2	6.3
Nusa Tenggara Barat	1.0	3.0	0.0	15.5	5.4	2.5	0.3	4.5	38.9	1.5	4.0	6.4
Nusa Tenggara Timur	3.0	0.3	0.8	14.6	6.6	0.4	2.2	1.4	37.5	4.3	39.9	5.2
Bali	4.1	1.5	0.0	27.1	15.2	0.4	0.0	3.4	4.6	0.4	31.2	4.4
Tenggara Tengah	1.1	1.1	0.0	17.8	4.0	1.8	1.4	0.4	49.4	7.6	9.1	4.8
Kalimantan Barat	1.2	0.0	0.0	21.2	4.8	4.1	0.4	1.2	26.1	8.6	16.6	18.9
Kalimantan Tengah	1.4	0.0	0.3	11.9	2.1	4.7	1.7	1.7	36.4	3.7	1.4	20.9
Kalimantan Selatan	3.6	3.2	0.7	24.3	9.7	4.5	0.0	4.7	34.9	2.2	3.4	15.5
Timor	3.6	1.8	0.7	14.8	2.3	0.7	4.4	3.8	30.4	2.3	2.2	10.2
Sulawesi Tengah	1.1	0.4	0.0	11.7	22.1	1.1	2.9	1.1	28.6	6.9	4.0	17.7
Sulawesi Selatan	3.4	0.8	0.3	14.5	11.2	1.6	1.6	1.1	36.7	4.1	4.9	11.3
Sulawesi Tenggara	2.3	2.4	0.0	21.7	11.9	0.0	0.0	0.7	33.0	11.2	1.4	11.3
Sumatra Utara	0.7	1.4	0.7	24.4	3.5	0.0	2.1	2.1	21.3	17	4.9	27.2
Sumatra Barat	2.9	0.0	0.0	33.8	13.0	1.0	0.0	0.0	29.9	5.0	11.0	2.0
DKI Jakarta	3.3	4.4	0.0	19.4	4.6	5.9	4.4	0.0	33.0	1.1	4.4	17.6
Mekong	4.2	0.0	0.0	22.1	7.4	0.0	2.1	0.0	33.7	2.1	9.5	18.9
Jawa Tengah	4.3	0.0	0.0	25.0	11.9	0.0	2.4	2.4	26.2	2.4	2.4	19.0
Papua	4.6	4.9	0.0	20.1	14.4	1.9	0.0	2.9	17.5	1.0	9.7	9.7
Sulawesi Tenggara	2.4	1.9	1.0	12.9	3.4	1.9	0.9	2.2	42.5	2.8	4.7	11.5

kontrasepsi lainnya, Hal ini kemungkinan disebabkan bidang praktik pada umumnya berjenis kelamin perempuan, lebih sesuai dengan kondisi kejiwaan WUS dan tanpa rasa malu dengan bidan.

Berdasarkan tabel 1.8 ternyata 5 di antara 100 WUS tidak pernah hamil, bisa jadi belum menikah, dapat pula memang infertil. Provinsi Papua, Irian Jaya Barat dan Kalimantan Barat adalah provinsi dengan kasus terbanyak proporsi WUS belum pernah hamil. Rerata proporsi WUS pernah hamil di Indonesia 99,5% (Gambar 1.12). Rerata jumlah anak 1-2 di Indonesia memiliki prevalensi terbesar 58%, sedangkan WUS dengan jumlah anak  $\geq 5$  sebesar 11%. Proporsi WUS yang mempunyai jumlah anak 1-2 secara nasional paling dominan 58,2%, jumlah anak 3-4 mempunyai sebaran 31,1% (Gambar 1.13). Provinsi dengan proporsi WUS yang memiliki jumlah anak 3-4 terbesar adalah provinsi Sulawesi Tengah 45,5%, dan Maluku Utara 43,4%. Keadaan ini merupakan potensi ancaman kependudukan (Tabel 1.19).

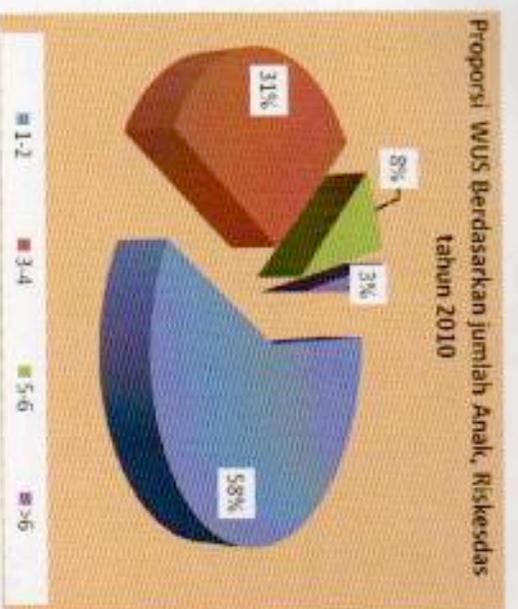
**Tabel 1.8** Proporsi WUS berdasarkan pernah hamil, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Pernah hamil	
	Ya	Tidak
Papua	95.1	0.0
Irian Jaya Barat	97.8	0.5
Kalimantan Barat	98.7	0.5
Lampung	99.0	0.9
Riau	99.1	0.0
Sumatra Selatan	99.1	0.9
Nusa Tenggara Barat	99.2	0.0
Sulawesi Tenggara	99.3	1.0
Nusa Tenggara Timur	99.4	0.0
Sumatra Utara	99.5	0.0
Sumatra Barat	99.5	0.2
DI Yogyakarta	99.5	0.4
Banten	99.5	0.3
Kalimantan Timur	99.5	0.5
Sulawesi Barat	99.5	0.4
Indonesia	99.5	0.5
Jawa Barat	99.6	0.4
Jawa Timur	99.6	0.8
Bali	99.6	0.6
Jawa Tengah	99.7	1.3
Kalimantan Tengah	99.7	0.3
Sulawesi Selatan	99.7	0.0
DKI Jakarta	99.8	0.5
NAD	100.0	0.0

Provinsi	Pernah hamil	
	Ya	Tidak
Jambi	100,0	0,0
Bengkulu	100,0	0,3
Bangka Belitung	100,0	0,7
Kepulauan Riau	100,0	0,0
Kalimantan Selatan	100,0	0,5
Sulawesi Utara	100,0	0,0
Sulawesi Tengah	100,0	0,0
Gorontalo	100,0	2,2
Maluku	100,0	4,9
Maluku Utara	100,0	0,5
Indonesia	99,5	0,5



Gambar 1.12 Proporsi WUS berdasarkan pernah hamil, Riskesdas tahun 2010



Gambar 1.13 Proporsi WUS berdasarkan pernah hamil, Riskesdas tahun 2010

Tabel 1.9 Proporsi WUS berdasarkan jumlah anak, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Jumlah anak Total				
	0	1-2	3-4	5-6	>6
NAD	0,0	49,9	37,2	9,7	3,2
Sumatra Utara	0,3	43,3	39,1	12,4	4,8
Sumatra Barat	0,0	44,3	39,3	13,3	3,0
Riau	0,0	52,6	36,9	6,9	3,6
Jambi	0,0	61,9	30,2	5,7	2,2
Sumatra Selatan	0,2	63,3	29,4	4,7	2,4
Bengkulu	0,0	61,9	27,4	9,1	1,5
Lampung	0,0	66,0	27,2	5,6	1,2
Bangka Belitung	0,0	62,0	29,8	6,3	2,0
Kepulauan Riau	0,0	66,8	30,2	2,6	0,4
DKI Jakarta	0,0	67,5	27,8	4,4	0,3
Jawa Barat	0,1	61,7	29,7	6,2	2,4
Jawa Tengah	0,0	66,6	28,1	4,3	1,0
DI Yogyakarta	0,0	80,6	17,3	2,1	0,0
Jawa Timur	0,0	72,0	24,6	2,5	0,9
Banten	0,0	56,5	29,1	7,0	7,3
Bali	0,0	68,8	25,6	5,6	0,0
Nusa Tenggara Barat	0,0	60,3	29,5	8,4	1,8
Nusa Tenggara Timur	0,0	39,1	32,0	20,8	8,1
Kalimantan Barat	0,0	54,9	35,8	5,5	3,8

Kalimantan Tengah	0,0	62,0	29,3	8,4	0,3
Kalimantan Selatan	0,0	67,8	25,4	5,7	1,1
Kalimantan Timur	0,0	59,6	31,2	7,1	2,1
Sulawesi Utara	0,0	60,0	35,3	4,1	0,6
Sulawesi Tengah	0,0	40,7	45,5	10,4	3,4
Sulawesi Selatan	0,0	46,1	35,2	13,3	5,4
Sulawesi Tenggara	0,0	41,8	41,0	12,8	4,4
Corontalo	0,0	53,2	32,9	13,3	0,6
Sulawesi Barat	0,0	47,7	31,0	15,7	5,6
Maluku	0,0	41,1	38,9	14,6	5,4
Maluku Utara	0,0	33,5	43,4	17,3	5,8
Irian Jaya Barat	0,0	42,0	32,3	19,0	6,6
Papua	0,4	43,9	32,8	17,7	5,2
Indonesia	0,0	58,2	31,1	7,8	2,8

## PEMBAHASAN

Dari hasil Riskesdas 2010 bahwa proporsi WUS berdasarkan umur haid pertama kali rerata nasional pada kelompok usia 10–14 tahun 67,8%, usia 15–19 tahun 31,5%, Proporsi WUS yang haid pertama kali usia < 10 tahun rerata nasional 0,4%, lima provinsi di atas rerata nasional adalah Kepulauan Riau 1,5%, Irian Jaya Barat 1,3%, DI Yogyakarta 1,1%, Sulawesi Barat 0,7%, dan Gorontalo 0,6%. Hasil SDKI 2012 menstruasi pertama kali dialami WUS pada kelompok usia 10–11 tahun sebesar 7%, umur 12 tahun 23%, usia 13 tahun 29%, 14 tahun 24%. Perlu memberikan sosialisasi melalui upaya promosi pentingnya memahami pengetahuan dasar mekanisme reproduksi yang mencakup siklus masa subur bulanan seorang wanita dan persiapan fisik menjelang pernikahan termasuk pula pengenalan gejala anemia. Anemia memungkinkan terjadinya peningkatan risiko kematian pada wanita yang mengalami perdarahan berat dan risiko memiliki bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan bayi dengan kelainan bawaan.

Proporsi usia WUS yang menikah pertama kali < 15 tahun rerata nasional 3,2%, padahal umur ideal menikah secara kesehatan reproduksi dan mental usia menikah 25–29 tahun 14,7%, sedangkan usia WUS menikah pada kelompok umur 15–19 tahun paling banyak mendominasi yaitu 40,4%. Di Indonesia Undang-undang No 1 tahun 1974 tentang perkawinan peraturan umur kawin adalah 16 tahun sedangkan pria 19 tahun. Pemerintah Indonesia mulai mengupayakan untuk memunda perkawinan melalui program KB nasional. Program Keluarga Berencana dimaksudkan untuk mendidik orang tua dan remaja untuk menghindari perkawinan usia muda, (BKKBN 2012). Umur yang direkomendasikan

program BKKBN untuk perkawinan pertama bagi wanita adalah 20 tahun. Program ini dilakukan melalui program pendidikan formal dan informal dalam kerangka kependudukan dan kesehatan reproduksi, SDKI 2012 menyebutkan bahwa proporsi remaja yang berpendapat bahwa wanita memunda perkawinan sampai umur 25 tahun dan hanya 5% wanita dan pria yang mengatakan bahwa umur ideal seorang wanita kawin pada umur 26 tahun atau lebih.

Keluarga Berencana merupakan program yang ada di hampir setiap negara berkembang, termasuk Indonesia. Program ini bertujuan untuk mengontrol jumlah penduduk dengan mengurangi jumlah anak yang dilahirkan oleh perempuan usia 15–49 tahun, yang kemudian disebut dengan angka kelahiran total atau *total fertility rate* (TFR), dengan pengaturan jumlah anak tersebut diharapkan keluarga yang mengikuti program ini dapat meningkatkan kesejahteraan dan kualitas kehidupan keluarga.

Implementasi kebijakan keluarga berencana dilakukan pada saat pemerintah kurang mampu untuk mengimbangi tingkat laju pertumbuhan penduduk, dengan kebutuhan serta fasilitas yang dapat menjamin kesejahteraan penduduknya. Sebenarnya jumlah penduduk yang besar dapat menjadi potensi penggerak yang kuat jika penduduknya berkualitas.

Namun potensi dari jumlah penduduk Indonesia yang sangat besar kurang mampu dioptimalkan oleh pemerintah, hal ini terlihat dari daya saing Indonesia yang masih tertinggal jauh dibandingkan dengan Negara lain, bahkan negara-negara Afrika. Berdasarkan data Program Pembangunan Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNDP), indeks pembangunan manusia Indonesia pada tahun 2010 menempati posisi ke-108 dari 169 negara, dan posisi keenam dari negara-negara di ASEAN. Selain itu banyaknya jumlah penduduk yang tidak diimbangi dengan pemenuhan kebutuhan serta fasilitas, menimbulkan berbagai macam persoalan sosial, mulai dari meningkatnya angka kriminalitas, pemukiman kumuh, kemacetan, kerusakan lingkungan, persaingan yang ketat dalam memperoleh lapangan pekerjaan, hingga pelayanan kesehatan yang buruk.

Kecenderungan laju pertumbuhan penduduk Indonesia atau LPP Indonesia membesar selama 10 tahun terakhir, padahal 20 tahun sebelumnya selalu mengecil. Distribusi penduduk pun kurang merata, luas dari pulau Jawa dan Madura yang kurang dari 7% dari total luas daratan Indonesia, masih harus menampung 57,6% atau sekitar 136 juta jiwa penduduk Indonesia.

Peningkatan jumlah penduduk yang sangat pesat ini disebarkan program Keluarga Berencana kurang mendapat prioritas dari pemerintah, baik pemerintah pusat dan daerah. Setelah Orde Baru runtuh, pemerintah yang menangani kependudukan diabaikan, sehingga terjadi kesulitan berkoordinasi dengan kementerian lain apabila terjadi permasalahan penduduk.

Kesiapan dan kesehatan psikologis amat penting bagi pasangan yang ingin memiliki keturunan. Hal ini perlu karena suami dan istri memiliki tanggung jawab yang berat untuk bisa menjalani perannya sebagai orang tua, jangan dijadikan egoisme diri menjadi alasan untuk menunda kehamilan. Harus didasari oleh alasan yang tepat dan bertanggung jawab. Khususnya, lakukanlah demi kesehatan ibu, baik psikis maupun psikologis, dan anak. Selain kesiapan psikologis, kesiapan fisik juga mutlak dimiliki oleh perempuan yang merencanakan kehamilan. Dari sisi kesehatan, selama si pasangan tidak memiliki penyakit yang memerlukan terapi dalam jangka waktu panjang, semestinya tidak melitah alasan yang mengharuskan pasangan untuk menunda kehamilan. Kehamilan sebaiknya ditunda jika ada penyakit yang didap suami atau istri, yang bisa membahayakan kondisi janin maupun ibunya jika kehamilan dilaksanakan.

Dari hasil analisis lanjut Risesdas tahun 2010 bahwa pemilihan alat kontrasepsi suntik terbanyak bagi ibu yang tinggal di perkotaan 60,7%, di pedesaan 68,4%. Alat kontrasepsi PL menjadi pilihan ke dua para ibu di kota maupun desa, lainnya terbanyak adalah susuk, sebagian kecil menggunakan jamu. Rupanya di Indonesia pemilihan jenis kontrasepsi suntik paling dominan dipilih, kemungkinan faktor kemudahan dan lama penggunaan. KB Suntik mempunyai rentang waktu efektivitas sampai 3 bulan dan mudah dan praktis. Susuk juga menjadi pilihan ketiga ibu-ibu di Indonesia karena pengaruh sosial budaya setempat. Susuk dari hasil Riset etnografi budaya oleh Badanlitbangkes tahun 2012 pada etnis Madura dan beberapa etnis sunda diyakini mempunyai efek samping selain dapat mencegah kehamilan juga dapat mempercantik dan lebih memperkuat aura sang pemakai susuk.

Upaya mengatur jarak kehamilan dapat dilakukan dengan menggunakan kontrasepsi atau alat kontra konsepsi yang mencegah proses konsepsi atau pertemuan antara sel telur dan sperma. Ada beragam alat kontrasepsi yang dapat digunakan. Efektivitas dan kecocokan dari penggunaan masing-masing alat kontrasepsi tentu saja bergantung pada kondisi fisik, pola hidup, kebiasaan, juga kedisiplinan pemakainya. Ada yang cocok memakai pil KB, ada juga yang lebih cocok dengan suntik atau lainnya. Untuk mengetahui cocok-tidaknya, mau tak mau Anda

perlu memilih dan mencoba dulu, baru kemudian dapat diketahui apakah cocok atau tidak berdasarkan perkembangan selanjutnya. Semua alat kontrasepsi dapat mencapai efektivitasnya hingga 90–99%, tentunya bila digunakan dengan prosedur yang benar. Pil KB wajib diminum tiap hari. Kondom harus digunakan setiap kali berhubungan intim, KB suntik diberikan setiap bulan atau per tiga bulan. Sekali terlepas atau diabaikan, dapat efektivitasnya dapat berkurang atau bahkan gagal menghindari pembuahan.

Ada beragam alasan mengapa seorang ibu menunda kehamilan berikutnya setelah anak pertama lahir. Namun, apa pun alasannya, hal yang perlu dipertimbangkan agar penundaan ini berjalan lancar adalah mengatur jarak kehamilan. Idealnya, jarak waktu antarkehamilan adalah 2 tahunan. Pertimbangannya, masa tersebut cukup panjang (tapi juga tidak terlalu lama) untuk membangun kesiapan, baik fisik, psikis, maupun finansial. Pada ibu yang persalinan sebelumnya dilakukan secara *caesar*, malah diantarkan untuk tidak kembali hamil di bawah satu tahun, mengingat umumnya persalinan berikut juga bersifat dilakukan dengan operasi sesar. Karena sesar adalah tindakan operasi, sangat diperlukan istirahat fisik yang lebih panjang dibanding persalinan normal. Menurut pengamatan penulis ada kecenderungan di daerah metropolis ibu bersalin lebih banyak memilih persalinan dengan operasi, dengan banyak pertimbangan agar tidak sakit menjelang persalinan ataupun dengan alasan dapat memilih tanggal dan waktu persalinan sesuai keyakinan pasangan suami istri, bahkan untuk menjaga agar vagina tetap elastis. Namun pemilihan persalinan jika tidak ada indikasi medis sebaiknya persalinan dilakukan dengan cara normal. Hasil beberapa penelitian menunjukkan bahwa persalinan dengan cara normal banyak kelebihan secara psikologis dan kesehatan baik bagi ibu dan bayi. Bayi yang lahir secara normal mempunyai daya juang dan motivasi bagus untuk menyongsong kehidupannya ke depannya dibandingkan bayi lahir operasi.

Hasil analisis juga menyebutkan bahwa sebagian besar alasan utama tidak ber KB ingin punya anak di perkotaan 27,0% responden, sedangkan di pedesaan 28,2%, alasan ke dua adalah takut efek samping di perkotaan 23,1%, di pedesaan 16,5%. Sedangkan alasan tidak ber KB karena memang tidak menginginkan 14,5%. Ternyata alasan tidak ber-KB karena dilarang agama hanya di perkotaan 0,9%, di pedesaan 1,1%.

Rerata nasional jarak kelahiran > 5 tahun ke atas (30,3%) menduduki proporsi terbesar dibandingkan jarak kelahiran lainnya. Jarak kelahiran < dari 1 tahun 27%. Perlu mendapat perhatian lebih pada WLUS dengan jarak kehamilan kurang dari 2 tahun 36,7% (27% + 9,7%).

Mengurangi jarak antarkelahiran ini, sebuah penelitian yang dilakukan *Center for Disease Control and Prevention* menyebutkan, sebenarnya jarak antarkelahiran yang ideal adalah 18-23 bulan karena tubuh ibu sudah kembali dalam kondisi yang baik. Riset tersebut juga menyebutkan, jarak kelahiran yang terlalu dekat berisiko bagi kesehatan janin. Begitu juga jika jarak antar kelahiran terlalu jauh, Risiko keduanya, antara lain mengakibatkan bayi lahir prematur dan berat badan rendah. Pentingnya memperhatikan jarak ideal tak hanya berlaku untuk kehamilan kedua, tapi juga kehamilan ketiga, dan seterusnya. Perlu juga dipertimbangkan faktor usia, hamil di usia 35 tahun atau lebih semakin meningkatkan risikonya. Lantaran itu, perhitungan jarak kelahiran ini juga harus melibatkan usia sambil mempertimbangkan jumlah anak yang memang direncanakan.

Proporsi WUS yang tidak pernah menggunakan KB rerata nasional 13,1%, WUS yang sekarang sedang menggunakan KB rerata nasional 69,0%, sedangkan WUS yang pernah menggunakan KB 18,0%, yang berarti ada risiko 18,0% WUS sedang hamil atau berisiko hamil. Provinsi dengan proporsi WUS tidak pernah ber KB lima tertinggi adalah provinsi Irian Jaya Barat 45,9%, Papua 44,2%, Sumatera Utara 31,9%, Maluku 36,2% dan provinsi Sulawesi Barat 34,3%.

Akses pelayanan KB dapat memengaruhi masyarakat dalam pemilihan alat kontrasepsi, demikian pula dengan ketersediaan tenaga kesehatan dan prasarana fasilitas kesehatan. Tampak bahwa sebagian besar ibu pernah hamil memilih tempat pelayanan pemasangan alat kontrasepsi/KB di bidang praktik, baik itu yang tinggal di perkotaan 55,2% maupun yang tinggal di pedesaan 54,2%. Puskesmas menjadi pilihan ke dua 12,1% responden pedesaan. Akses pelayanan KB di bidang praktik yang mendominasi pemilihan para ibu kemungkinan karena bidang praktik mudah ditemukan masyarakat setempat, dan pemberi layanan biasanya bidang berjenis kelamin perempuan sehingga secara psikososial nyaman bagi para ibu. Hal ini juga hampir sama dengan penelitian sejenis yang dilakukan oleh Mugiya Bayu Kahardja tahun 2012 bahwa faktor sosial ekonomi dan demografi juga berpengaruh secara signifikan terhadap pemilihan dan penggantian alat kontrasepsi.

Rerata jumlah anak 1-2 di Indonesia menempati prevalensi terbesar 58%, sedangkan WUS dengan jumlah anak  $\geq 5$  sebesar 11%. Provinsi dengan proporsi WUS yang memiliki jumlah anak 3-4 terbesar adalah provinsi Sulawesi Tengah 45,5%, dan Maluku Utara 43,4%. Keadaan ini merupakan potensi ancaman kependudukan.

Kegagalan dalam upaya mengatur jarak kelahiran dapat berakibat pada kehamilan yang tidak diinginkan, Tindakan aborsi menjadi

penyumbang tingginya angka kematian ibu dan bayi. Rendahnya penurunan angka kematian ibu global tersebut merupakan ancaman belum adanya penurunan angka kematian ibu secara bermakna di negara-negara yang angka kematian ibunya rendah. Artinya, negara-negara dengan angka kematian ibu tinggi belum menunjukkan kemajuan berarti dalam 15 tahun terakhir ini. Perkiraan angka kematian ibu WHO menunjukkan bahwa sementara peningkatan terjadi di negara dengan pendapatan menengah, penurunan angka kematian ibu selama periode 1990-2005 di Sub-Sahara Afrika hanya 0,1% per tahun. Selama periode 1990-2005 juga belum ada kawasan yang mampu mencapai penurunan angka kematian ibu per tahun hingga 5,5%. Hanya Asia Timur yang penurunannya telah mendekati target yakni 4,2% per tahun serta Afrika Utara, Asia Tenggara, Amerika Latin dan Karibia mengalami penurunan yang jauh lebih besar dari Sub-Sahara Afrika. Selain itu disebutkan pula bahwa lebih dari satu setengah kematian ibu (270.000) terjadi di kawasan Sub-Sahara Afrika dan 188 ribu nya di Asia Selatan sehingga jika digabungkan kontribusi kedua kawasan terhadap angka kematian ibu dunia pada 2005 mencapai 86% (Antarnews.com, 2009). Angka Kematian Ibu Di Asia Tenggara paling tinggi di dunia. Para ahli dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan menteri kesehatan negara-negara Asia Tenggara yang bertemu di New Delhi, India, pada 8-11 September 2008, melakukan pembahasan khusus tentang angka kematian ibu di kawasan Asia Tenggara yang tergolong masih tinggi.

WHO 2012 menyebutkan, kematian ibu di kawasan Asia Tenggara menyumbang hampir sepertiga jumlah kematian ibu dan anak global. WHO memperkirakan sebanyak 37 juta kelahiran terjadi di kawasan Asia Tenggara setiap tahun, sementara total kematian ibu dan bayi baru lahir di kawasan ini diperkirakan berturut-turut 170 ribu dan 1,3 juta per tahun. Sebanyak 98% dari seluruh kematian ibu dan anak di kawasan ini terjadi di India, Bangladesh, Indonesia, Nepal dan Myanmar. Dalam hal ini, hampir semua negara anggota telah berupaya menurunkan kematian ibu dan anak dengan meningkatkan penyediaan pelayanan kelahiran oleh tenaga kesehatan terampil. Namun demikian, semua negara masih harus bekerja keras untuk mewujudkan akses universal pelayanan persalinan berkualitas oleh tenaga kesehatan terampil supaya bisa mencapai target tujuan pembangunan millennium (MDGs), menurunkan separuh angka kematian ibu dan anak pada tahun 2015 (106 per 100.000 kelahiran).

Akses pelayanan program KB ini dirasa dianggap kurang memadai, karena tidak semua Posyandu di pedesaan dibekali dengan infrastrukturnya dan keahlian pemeriksaan KB, ditambah lagi dengan kurangnya presentasi tentang pengetahuan KB di daerah pedesaan, sehingga

kebanyakan masyarakat Indonesia yang berdomisili di pedesaan masih kurang pengetahuannya tentang Program KB dan manfaatnya. Mereka masih beranggapan bahwa banyak anak banyak rezeki, padahal yang utama adalah bagaimana mempunyai anak yang sehat dan berkualitas. Peradapan semakin maju dan harus diimbangi dengan pemikiran yang semakin maju pula.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Kesehatan reproduksi di Indonesia tampaknya masih harus di pacu dan menjadi prioritas, mengingat bahwa proporsi WUS dengan perilaku kesehatan reproduksi berisiko lima provinsi tertinggi adalah menikah pertamakali pada usia <15 tahun di provinsi Sulawesi Barat, 8,2%, Maluku Utara 5,9%, Sulawesi Tengah 5,2%, Kalimantan Tengah 5,1%, dan Jawa Barat 5,1%. Dominasi terbesar usia mulai menikah pada usia 15-19 tahun hampir 40,4%. Usia menikah yang relatif muda ini akan berdampak pada kemungkinan besar jumlah anak lebih dari 3. Apalagi fenomena terakhir bahwa peningkatan jumlah penduduk yang sangat pesat ini disebabkan program Keluarga Berencana kurang mendapat prioritas dari pemerintah, baik pemerintah pusat dan daerah.

Kebijakan keluarga berencana perlu kembali digalakkan terutama pada wanita usia subur, malah sebaiknya upaya promosi dan preventif pada remaja dewasa pentingnya mengatur jarak kehamilan, usia kehamilan ideal dan pentingnya inisiasi menyusui dini. Sasaran keluarga berencana dengan jumlah anak yang berkualitas, masa depan bangsa perlu disosialisasikan dan diupayakan menjadi norma ideal.

Kesehatan remaja perlu digalakkan, mengingat remaja ini akan menjadi calon ibu, calon bapak, perlu upaya promosi dan preventif tentang kesehatan reproduksi, perkyaya kesehatan reproduksi dalam kurikulum mata pelajaran biologi. Upaya preventif tentang kesehatan seksual, persiapan kehamilan yang sehat dan pengenalan *antenatal care*, kesehatan nifas, Pengendalian program puskesmas dengan fasilitas preventif dan promosi, serta kuratif yang ada, Sehingga diharapkan pada usia dewasa mereka sudah tahu harus kemana memeriksakan kehamilan.

Diperlukan upaya promotif program Keluarga Berencana (KB) dengan pendekatan teori *Dissonance* dengan pendekatan keseimbangan. Salah satunya adalah dengan mengonsumsi pil kontrasepsi dapat mencegah terjadinya kanker uterus dan ovarium. Bahkan dengan perencanaan kehamilan yang aman, sehat dan diinginkan merupakan salah satu faktor penting dalam upaya menurunkan angka kematian maternal.

Ini berarti program tersebut dapat memberikan keuntungan ekonomi dan kesehatan.

Upaya promosi juga ditekankan pada pengaturan kelahiran memiliki benefit (keuntungan) kesehatan yang nyata, salah satu contoh pil kontrasepsi dapat mencegah terjadinya kanker uterus dan ovarium, penggunaan kondom dapat mencegah penularan penyakit menular seksual, seperti HIV. Meskipun penggunaan alat/obat kontrasepsi mempunyai efek samping dan risiko yang terkadang merugikan kesehatan, namun demikian manfaat penggunaan alat/obat kontrasepsi tersebut akan lebih besar dibanding tidak menggunakan kontrasepsi yang memberikan risiko kesakitan dan kematian maternal.

Program KB menentukan kualitas keluarga, karena program ini dapat menyelamatkan kehidupan perempuan serta meningkatkan status kesehatan ibu terutama dalam mencegah kematian bayi. Selain menjangkau jarak kelahiran mengurangi risiko kematian bayi. Selain memberi keuntungan ekonomi pada pasangan suami istri, keluarga dan masyarakat, KB juga membantu remaja mengambil keputusan untuk memilih kehidupan yang lebih baik dengan merencanakan proses reproduksinya. Program KB, bisa meningkatkan pria untuk ikut bertanggung jawab dalam kesehatan reproduksi mereka dan keluarganya. Ini merupakan keuntungan seseorang mengikuti program KB. Selain itu, pemberdayaan keluarga untuk mencapai keluarga sejahtera, masih perlu ditingkatkan. Peningkatan di bidang kependudukan dan keluarga pada dasarnya diarahkan untuk meningkatkan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran, penurunan angka kematian, pemberdayaan keluarga, peningkatan kesehatan reproduksi remaja, pelayanan keluarga berencana, penguatan kelembagaan dan jaringan KB, serta administrasi kependudukan. Kegiatan ini akan didukung dengan penyelenggaraan advokasi, konseling dan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) bagi masyarakat, keluarga pasangan usia subur (PUS) dan remaja yang membutuhkan.

## *Health Seeking Behavior* *Antenatal Care di Indonesia*

Niniek Lely Priatwi, Hari Basuki, Herli Moryoni

### **PENDAHULUAN**

Sampai saat ini angka kematian ibu dan bayi di Indonesia tidak banyak menurun malah ada kecenderungan naik, bila dibandingkan dengan negara tetangga di ASEAN, Indonesia masih menempati urutan paling bawah. Padahal saat ini yang dijadikan standar untuk tingkat kesehatan di suatu negara atau daerah adalah angka kematian ibu dan bayi. Perhatian terhadap peristiwa kehamilan dan persalinan di masa sekarang ini mengandung makna penting. Hal ini bukan hanya dikarenakan masih tingginya angka kematian maternal di Indonesia, berdasarkan SDKI 2012 yang mencapai sekitar 359 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi yang juga masih cukup tinggi yakni 52 per 1000 kelahiran hidup, namun yang lebih penting lagi disebabkan permasalahan ini berkaitan erat dengan munculnya kerawanan stabilitas nasional, yang mengganggu yahak azasi manusia untuk dapat hidup sehat dan layak.

Tingginya angka kematian maternal yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan dipengaruhi faktor di dalam dan di luar kesehatan. Beberapa faktor internal kesehatan antara lain: tindakan abortif yang tidak aman, kehamilan ektopik, pendarahan antenatal, intra dan *postpartum* infeksi, persalinan macet, penyakit hipertensi (preklampsia dan eklampsia), sepsis serta anemia. Segi medis sebenarnya sudah diketahui berbagai usaha preventif dan pengobatan yang mampu menolong wanita hamil dan bersalin sehingga dapat terhindar dari

bahaya kematian. Hanya saja sistem pelayanan terhadap hal ini terasa masih kurang memadai.

Adapun beberapa faktor di luar kesehatan antara lain: kemiskinan, kurang memadainya pelayanan kesehatan selama kehamilan dan pertolongan persalinan, keterbatasan sarana transportasi, situasi geografis yang sulit, komunikasi antarlokasi mukiman yang sulit terjangkau, rendahnya tingkat pendidikan wanita, keterbatasan jumlah tenaga terlatih dan profesional serta etos kerjanya yang masih rendah. Penyebab lainnya adalah hamil dan melahirkan pada usia rawan (< 20 tahun dan > 30 tahun), terlalu banyak melahirkan anak, terlalu dini atau rapat jarak kelahiran, terbaliknya frekuensi penyuluhan dan pendidikan kesehatan reproduksi dikomunikasikan dalam keluarga dan beberapa praktik bersalin tradisional yang belum tersentuh aspek medis kebidanan modern. Selanjutnya juga bisa disebabkan oleh faktor langkanya peralatan dan obat-obatan di tempat bersalin, kurang dimafrkannya fasilitas pelayanan yang ada oleh ibu hamil dan mahalnya biaya kesehatan reproduksi.

Meskipun demikian, tidak dapat dipungkiri berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dan swasta untuk menekan laju meningkatnya angka kematian maternal. Salah satunya adalah melalui pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) atau yang lebih terkenal dengan sebutan BKIA. Namun sampai saat ini belum ada indikasi yang menunjukkan kemajuan berarti. Program kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan salah satu prioritas utama pembangunan kesehatan di Indonesia. Program ini bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu melahirkan dan bayi neonatal.

### Pengertian *Ante Natal Care* (ANCC)

*Ante Natal Care* adalah merupakan cara penting untuk memonitoring dan pemantauan kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal, ibu hamil sebaiknya dianjurkan mengunjungi bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan dan asuhan antenatal (Pratiwiharjo, 2006).

### Standar Pelayanan *Ante Natal Care* (ANCC)

#### Standar 1: Metode Asuhan

Asuhan kebidanan dilaksanakan dengan metode manajemen kebidanan dengan langkah: Pengumpulan data dan analisis data, penentuan diagnosis perencanaan, evaluasi dan dokumentasi.

### Standar 2: Pengkajian

Pengumpulan data tentang status kesehatan pasien dilakukan secara sistematis, berkesinambungan, data yang diperoleh dicatat dan dianalisis.

#### Standar 3: Identifikasi Ibu Hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

#### Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan *Antenatal*

Bidan memberikan sedikitnya 4x pelayanan *antenatal*. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal, bidan juga harus mengenal kehamilan risiko/kelebihan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi. Penyakit Menular Seksual (PMS) / *infeksi Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Tugas bidan juga memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas, mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan, bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

#### Standar 5: *Palpasi Abdominal*

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan; serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

#### Standar 6: Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan/atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku

#### Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preklamsi lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

#### Standar 8: Persiapan Persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan

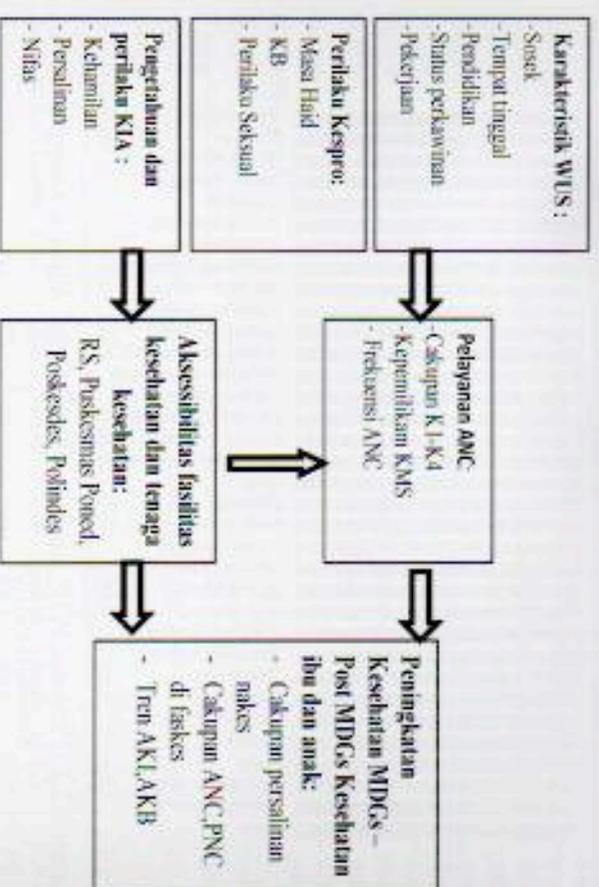
gawat darurat, Bidan hendaknya kunjungan rumah untuk hal ini (PPIBI, 1999).

### Penatalaksanaan Ante Natal Care (ANC)

Pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan *Ante Natal Care* (ANC), selengkapnya mencakup banyak hal yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik baik umum dan kebidanan, pemeriksaan laboratorium atas indikasi serta intervensi dasar dan khusus sesuai dengan risiko yang ada. Namun dalam penerapan operasionalnya dikenal standar minimal "7T" untuk pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) yang terdiri atas: (Timbang) berat badan Ukuran berat badan dalam kg tanpa sepatu dan memakai pakaian yang seringang-ringannya, Berat badan kurang dari 45 kg pada trimester III dinyatakan ibu kurang kemungkinannya melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Ukur tekanan darah untuk mengetahui setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya. Ukur (tinggi) fundus uteri Pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan; serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu Pemberian imunisasi (*Tetanus Toksoid*) TT lengkap, Untuk mencegah *tetanus neonatorum*.

### Kerangka Konsep Model ANC

Kerangka konsep Model ANC secara ideal dengan mempertimbangkan berbagai faktor perilaku kesehatan reproduksi, dan pengetahuan KIA terhadap pemanfaatan aksesibilitas fasilitas kesehatan KIA yang ada di puskesmas, Upaya Kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) dan cakupan persalinan pada tenaga kesehatan dapat memberikan gambaran terhadap pencapaian MDGS-post MDGs Kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Aksesibilitas pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan yang senantiasa berada di dekat masyarakat Perlu ditunjang dengan upaya promosi, upaya preventif agar pengetahuan masyarakat khususnya calon ibu, calon bapak dan patra ibu hamil, ibu nifas dengan pengetahuan, sikap dan Perilaku sehat tentang kehamilan, persalinan aman, Bekal pengetahuan kesehatan reproduksi, dan pengetahuan KIA serta pemahaman ibu terhadap pemanfaatan aksesibilitas fasilitas kesehatan KIA yang ada di puskesmas, UKBM dan fasilitas pelayanan



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Model ANC

kesehatan lainnya yang terdapat di wilayahnya akan memudahkan masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan bila sewaktu waktu memerlukan. Sehingga diharapkan pencapaian MDGS-post MDGs Kesehatan ibu dan anak di Indonesia dapat segera tercapai.

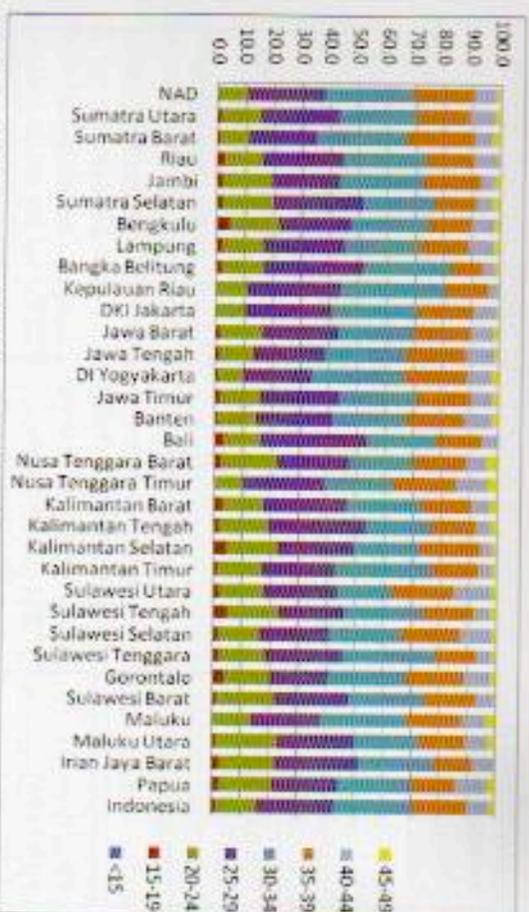
Diharapkan pula dengan menganalisis data Riskesdas 2010 dan SDKI 2012 dapat memberikan gambaran tren angka kematian ibu maternal dan bayi serta cakupan perinatal care/ANC, persalinan dan post natal care/PNC di Indonesia.

### Berbagai Gambaran Profil Health Seeking Behavior Antenatal Care di Indonesia

#### Karakteristik WUS (10-49 tahun)

Analisis Profil karakteristik WUS di Indonesia meliputi kelompok umur, pendidikan, status perkawinan, jenis pekerjaan, dan tempat tinggal dengan menggunakan data Riskesdas 2010 dan RILaskes tahun 2011.

Gambar 2.2 menunjukkan proporsi umur WUS di setiap provinsi mempunyai distribusi yang hampir sama dan merata.



**Gambar 2.2** Proporsi WUS berdasarkan kategori umur menurut provinsi, Riskeddas tahun 2010

**Tabel 2.1** Proporsi WUS berdasarkan kategori umur menurut provinsi, Riskeddas tahun 2010

Provinsi	Kategori Umur (Tahun,%)							
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
NAD	0,0	0,0	10,4	27,5	31,2	21,4	7,9	1,6
Sumatra Utara	0,0	1,3	14,1	27,5	27,5	18,6	9,2	1,9
Sumatra Barat	0,0	0,7	10,3	24,0	31,9	24,2	6,5	2,3
Riau	0,0	2,6	13,5	28,3	29,1	17,5	8,2	0,9
Jambi	0,0	1,9	17,5	24,1	29,5	20,0	5,1	1,9
Sumatra Selatan	0,0	2,1	17,9	31,7	25,1	14,9	5,9	2,4
Bengkulu	0,0	4,6	17,3	25,4	27,4	15,2	8,1	2,0
Lampung	0,0	2,0	14,5	28,8	25,9	17,8	8,8	2,2
Bangka Belitung	0,0	2,0	14,6	35,6	30,2	11,7	4,4	1,5
Kepulauan Riau	0,0	0,0	11,1	32,8	37,0	15,3	3,4	0,4
DKI Jakarta	0,0	0,6	9,7	30,7	30,2	19,8	7,8	1,1
Jawa Barat	0,0	1,7	14,5	27,0	26,8	19,9	8,1	2,0
Jawa Tengah	0,0	1,3	12,1	25,2	28,9	21,2	9,8	1,5

**Kategori Umur (Tahun,%)**

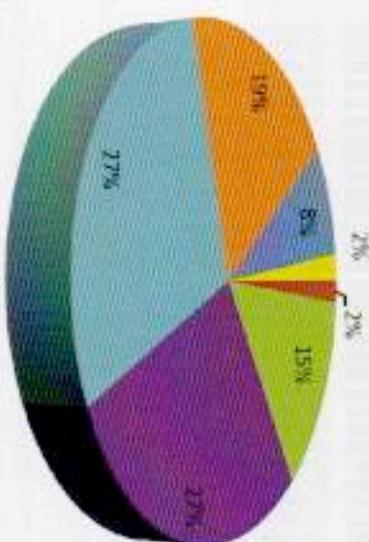
Provinsi	Kategori Umur (Tahun,%)							
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
DI Yogyakarta	0,0	1,0	8,9	24,0	32,3	22,9	8,3	2,6
Jawa Timur	0,0	1,4	14,4	27,8	27,5	19,1	7,7	2,1
Banten	0,0	0,8	13,7	27,2	25,9	20,3	10,0	2,0
Bali	0,0	3,0	13,1	37,8	24,0	16,5	5,6	0,0
Nusa Tenggara Barat	0,0	2,4	19,6	25,5	22,6	18,8	7,1	4,0
Nusa Tenggara Timur	0,0	0,2	9,6	28,9	24,2	22,3	11,5	3,3
Kalimantan Barat	0,0	3,0	14,6	29,4	26,1	17,5	6,5	3,0
Kalimantan Tengah	0,0	2,0	17,4	34,2	22,5	16,8	5,0	2,0
Kalimantan Selatan	0,0	4,6	17,7	27,1	23,6	21,1	4,6	1,4
Kalimantan Timur	0,0	1,6	15,4	26,1	33,7	16,7	5,2	1,3
Sulawesi Utara	0,0	2,4	15,3	25,9	19,4	21,8	13,5	1,8
Sulawesi Tengah	0,0	4,9	18,3	23,1	26,9	18,7	6,0	2,2
Sulawesi Selatan	0,0	2,0	14,4	24,7	25,2	21,0	11,4	1,3
Sulawesi Tenggara	0,0	2,2	16,4	27,3	32,7	14,5	5,5	1,5
Gorontalo	0,0	4,0	16,2	20,8	27,7	20,2	9,2	1,7
Sulawesi Barat	0,0	1,5	20,2	26,3	26,3	18,7	6,1	1,0
Maluku	0,0	0,5	13,5	24,3	30,3	19,5	8,6	3,2
Maluku Utara	0,0	1,7	21,4	27,2	22,5	16,8	7,5	2,9
Irian Jaya Barat	0,0	2,6	19,5	29,4	26,8	13,9	7,4	0,4
Papua	0,7	1,8	18,9	23,2	25,6	15,8	11,2	2,8
Indonesia	0,0	1,7	14,4	27,4	27,4	19,2	8,0	1,9

Proporsi WUS di provinsi Papua pada kelompok usia < 15 tahun sebesar 0,7%, Provinsi dengan WUS yang tinggi pada kelompok usia 45-49 tahun di atas rerata nasional adalah provinsi NTB (4,0%), NTT (3,3%), Maluku (3,2%), Kalimantan Barat (3,0%), Maluku Utara (2,9%) dan Papua (2,8%).

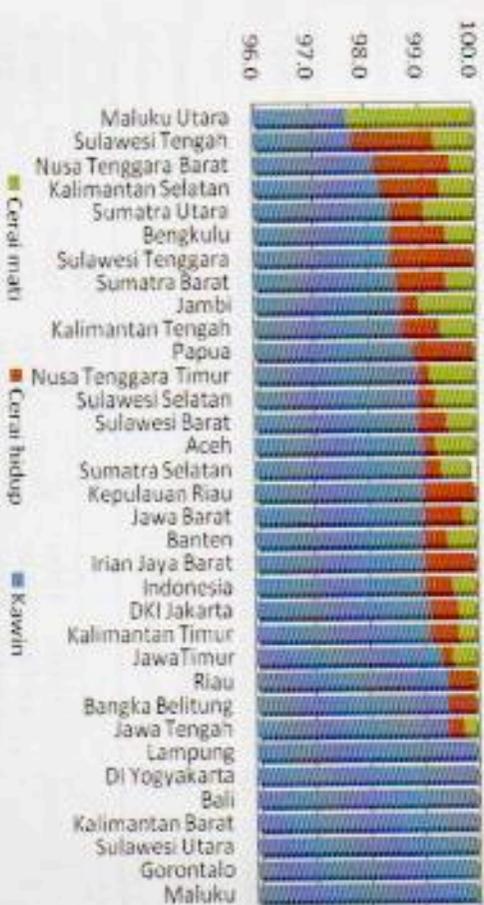
**Tabel 2.2** Proporsi WUS berdasarkan status perkawinan menurut provinsi, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Status perkawinan		
	Kawin	Cerai hidup	Cerai mati
Maluku Utara	97,7	0,0	2,3
Sulawesi Tengah	97,8	1,5	0,7
Nusa Tenggara Barat	98,2	1,4	0,4
Kalimantan Selatan	98,3	1,1	0,6
Sumatra Utara	98,5	0,6	0,9
Bengkulu	98,5	1,0	0,5
Sulawesi Tenggara	98,5	1,5	0,0
Sumatra Barat	98,6	0,9	0,5
Jambi	98,7	0,3	1,0
Kalimantan Tengah	98,7	0,7	0,7
Papua	98,9	1,1	0,0
Nusa Tenggara Timur	99,0	0,2	0,8
Sulawesi Selatan	99,0	0,3	0,7
Sulawesi Barat	99,0	0,5	0,5
Aceh	99,1	0,2	0,7
Sumatra Selatan	99,1	0,3	0,5
Kepulauan Riau	99,1	0,9	0,0
Jawa Barat	99,1	0,7	0,3
Banten	99,1	0,4	0,6
Irian Jaya Barat	99,1	0,9	0,0
Indonesia	99,1	0,5	0,4
DKI Jakarta	99,2	0,5	0,3
Kalimantan Timur	99,2	0,5	0,3
Jawa Timur	99,4	0,2	0,4
Riau	99,5	0,5	0,0
Bangka Belitung	99,5	0,5	0,0
Jawa Tengah	99,5	0,3	0,2
Lampung	100,0	0,0	0,0
DI Yogyakarta	100,0	0,0	0,0
Bali	100,0	0,0	0,0
Kalimantan Barat	100,0	0,0	0,0
Sulawesi Utara	100,0	0,0	0,0

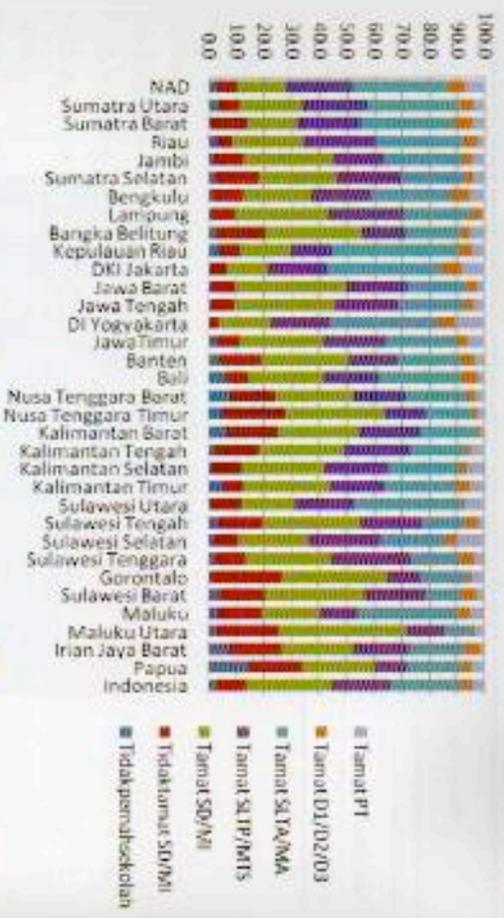
Provinsi	Status perkawinan		
	Kawin	Cerai hidup	Cerai mati
Gorontalo	100,0	0,0	0,0
Maluku	100,0	0,0	0,0
Indonesia	99,1	0,5	99,1



**Gambar 2.3** Proporsi WUS berdasarkan kategori umur, Riskesdas 2010



**Gambar 2.4** Proporsi WUS berdasarkan status perkawinan menurut provinsi, Riskesdas 2010



**Gambar 2.5** Proporsi WUS berdasarkan kategori pendidikan menurut provinsi, Riskeddas 2010

Tabel 2.2 menunjukkan bahwa status perkawinan dengan cerai hidup rerata nasional 0,5%, lima provinsi yang berada di atas rerata nasional adalah provinsi Sulawesi tengah 1,5%, Sulawesi Tenggara 1,5%, NTB 1,4%, Kalimantan Selatan 1,1% dan Papua 1,1%.

Profil karakteristik menurut kategori umur menunjukkan gambaran bahwa sebagian besar WUS pada kelompok umur 30-34 tahun sebanyak 27%, kelompok umur 25-29 tahun 27%, WUS dengan kelompok umur berisiko bila hamil yaitu umur >35 tahun ke atas 46% (gambar 2.3).

Lima provinsi dengan status kawin cerai mati terbanyak adalah provinsi Maluku Utara, Jambi, Sumatera Utara, NTT dan Sulawesi Selatan.

Proporsi WUS dengan kategori pendidikan tidak tamat SD/MI enam tertinggi di provinsi Gorontalo, Maluku Utara, Maluku, provinsi NTT, Kalimantan Barat, Irian Jaya barat dan NTB, Papua.

**Tabel 2.3** Proporsi WUS berdasarkan kategori pendidikan, menurut provinsi, Riskeddas tahun 2010

Provinsi	Pendidikan Tertinggi						
	Tidak pernah sekolah	Tidak tamat SD/MI	Tamat SD/MI	Tamat SLTP/MTS	Tamat SLTA/MA	Tamat D1/D2/ D3	Tamat PT
NAD	2,5	7,9	17,2	24,6	34,5	6,3	7,0
Sumatra Utara	3,1	8,2	22,2	23,8	34,0	4,7	4,0

Provinsi	Pendidikan Tertinggi						
	Tidak pernah sekolah	Tidak tamat SD/MI	Tamat SD/MI	Tamat SLTP/MTS	Tamat SLTA/MA	Tamat D1/D2/ D3	Tamat PT
Sumatera Barat	0,5	13,3	17,9	23,5	33,3	7,0	4,4
Riau	2,7	5,8	25,7	26,1	31,9	5,5	2,4
Jambi	2,2	10,5	32,1	18,4	28,3	3,8	4,8
Sumatra Selatan	2,6	15,6	28,4	22,7	23,7	3,1	3,8
Bengkulu	1,5	11,2	24,4	21,8	28,9	6,6	5,6
Lampung	1,0	8,8	33,3	27,6	24,1	4,1	1,2
Bangka Belitung	2,4	18,0	35,1	15,6	20,5	2,9	5,4
Kepulauan Riau	3,8	7,7	17,9	15,7	45,1	5,1	4,7
DKI Jakarta	0,8	5,7	14,8	21,6	41,1	7,5	8,6
Jawa Barat	1,0	8,6	40,2	22,0	21,4	3,8	3,2
Jawa Tengah	1,2	8,0	36,6	22,9	23,4	3,8	4,2
DI Yogyakarta	0,0	3,6	18,8	21,4	39,6	6,3	10,4
Jawa Timur	3,1	8,1	30,5	22,4	25,8	3,8	6,5
Banten	3,9	15,2	31,3	18,0	23,3	4,8	3,4
Bali	6,4	8,2	27,0	20,2	29,6	6,0	2,6
Nusa Tenggara Barat	7,5	16,8	27,9	19,0	22,2	3,4	3,2
Nusa Tenggara Timur	4,7	23,0	35,9	15,0	16,6	2,0	2,7
Kalimantan Barat	5,9	19,1	29,4	22,4	19,9	1,6	1,6
Kalimantan Tengah	2,0	16,1	30,9	24,2	19,8	2,0	5,0
Kalimantan Selatan	1,1	10,8	29,9	23,4	25,6	3,1	6,0
Kalimantan Timur	4,7	7,8	31,3	19,8	25,6	5,7	5,0
Sulawesi Utara	0,6	11,2	19,4	21,8	38,8	1,2	7,1
Sulawesi Tengah	3,7	15,7	35,8	22,0	15,7	4,9	2,2
Sulawesi Selatan	2,0	8,6	25,5	26,5	23,2	4,2	10,1
Sulawesi Tenggara	2,5	10,9	30,9	28,7	18,2	5,1	3,6
Gorontalo	1,2	25,4	38,2	12,1	17,3	1,2	4,6
Sulawesi Barat	4,5	15,7	36,4	22,2	12,6	5,6	3,0

**Tab 2** - Health Seeking Behavior Antenatal Care di Indonesia

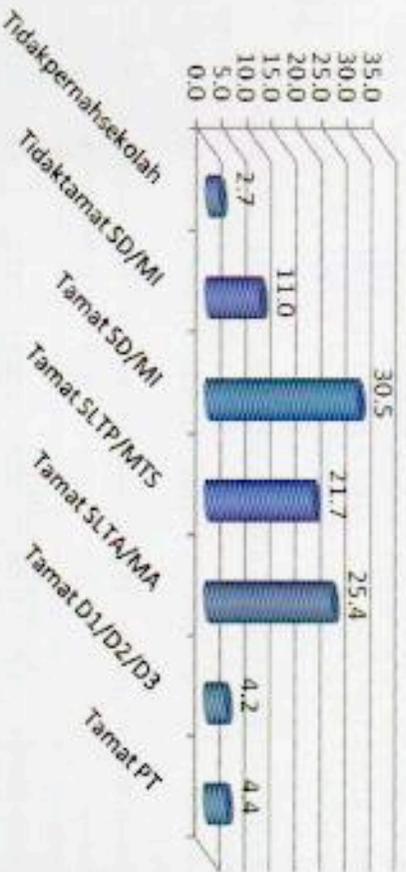
Provinsi	Pendidikan Tertinggi						
	Tidak pernah sekolah	Tidak tamat SD/MI	Tamat SD/MI	Tamat SLTP/MTS	Tamat SLTA/MA	Tamat DI/ID/PT	Tamat PT
Maluku	3,8	15,7	21,1	13,5	36,8	3,8	5,4
Maluku Utara	2,9	22,5	46,2	13,9	9,8	1,2	3,5
Irian Jaya Barat	7,4	19,0	25,5	20,8	19,9	5,6	1,7
Papua	14,7	19,3	26,0	11,9	19,6	3,9	4,6
Indonesia	2,7	11,0	30,5	21,7	25,4	4,2	4,4

Berdasarkan kategori pendidikan rerata nasional proporsi terbanyak kategori pendidikan adalah tamat SD 30,5%, tamat SLTA 25,4%, tamat perguruan tinggi 4,4%.

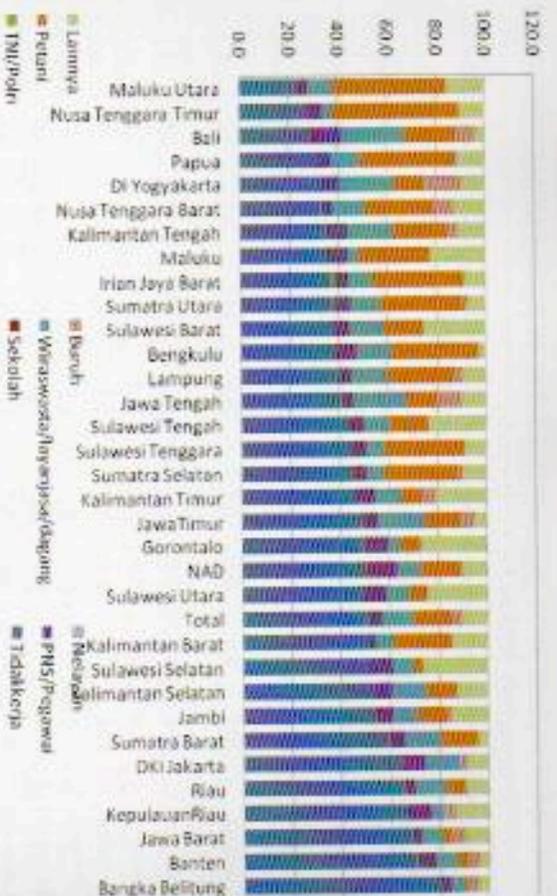
Rerata nasional terbanyak proporsi penduduk dengan kategori pendidikan adalah tamat SD/MI 30,5%, tamat SLTA/MA 25,4%, dan tamat SLTP 21,7%.

Dari gambar di atas tampak bahwa propinsi dengan proporsi WUS tidak bekerja terbanyak di provinsi Bangka Belitung, Banten, Jawa Barat, Kepulauan Riau, dan provinsi Riau.

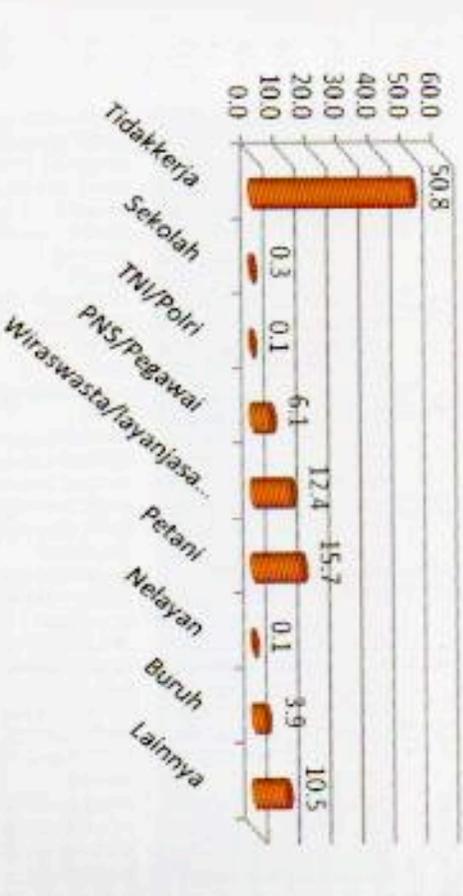
Berdasarkan gambar di atas terlihat bahwa proporsi WUS dengan pekerjaan utama tidak bekerja (sebagai ibu RT, yang tidak menerima upah) rerata nasional 50,8%, sebagai pedagang 12,4%, petani 15,7%,



Gambar 2.6 Proporsi WUS berdasarkan kategori pendidikan, Riskesdas tahun 2010



Gambar 2.7 Proporsi WUS berdasarkan kategori pekerjaan utama menurut provinsi, Riskesdas tahun 2010



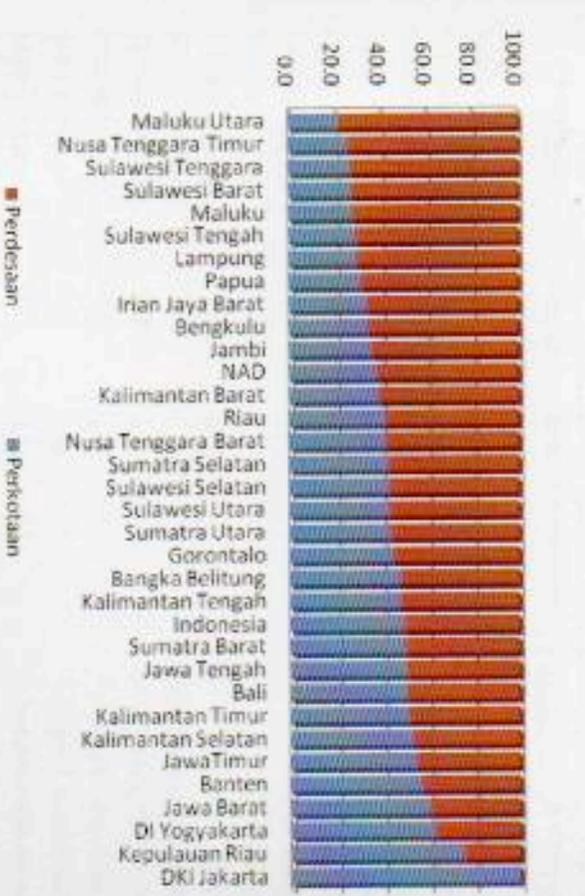
Gambar 2.8 Proporsi WUS berdasarkan kategori pekerjaan utama menurut provinsi, Riskesdas tahun 2010

**Tabel 2.4** Proporsi WUS berdasarkan kategori pekerjaan utama menurut provinsi, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Pekerjaan Utama								
	Tidak Sekolah Kerja	Sekolah	TNU/Polri	PNS/ Pegawai Negeri	Wiraswasta/ Iwanjasa/ dagang	Petani	Nelayan	Buruh	Lainnya
NAD	49,4	0,9	0,5	12,4	9,5	16,7	0,2	0,5	9,9
Sumatra Utara	37,2	0,2	0,3	7,1	12,3	33,0	0,0	2,8	7,2
Sumatra Barat	59,9	0,0	0,2	5,8	14,5	14,5	0,0	1,2	4,0
Kiau	65,4	0,2	0,3	4,3	12,8	6,8	0,0	1,2	9,0
Jambi	54,9	0,6	0,0	5,7	10,2	11,4	0,0	2,2	14,9
Sumatra Selatan	45,6	0,2	0,3	5,5	7,1	29,5	0,0	1,9	9,9
Bengkulu	37,6	0,5	0,0	9,1	14,2	35,0	0,0	1,0	2,5
Lampung	39,8	0,4	0,0	4,7	15,1	26,7	0,0	3,7	9,6
Bangka Belitung	80,0	0,0	0,0	4,9	4,9	1,5	0,5	3,9	4,4
Kepulauan Riau	66,8	0,0	0,0	9,8	4,7	0,4	1,7	3,0	13,6
Kiau	64,1	0,5	0,3	9,1	14,3	0,0	0,5	2,6	8,6
DKI Jakarta	68,4	0,4	0,1	3,8	8,7	3,2	0,1	5,4	9,8
Jawa Barat	41,2	0,1	0,1	4,3	21,6	12,8	0,0	10,1	9,8
Jawa Tengah	32,8	0,0	0,0	7,8	22,4	12,5	1,0	14,1	9,4
DI Yogyakarta	48,7	0,6	0,1	6,1	19,1	14,9	0,1	5,4	5,0
Jawa Timur	70,5	0,2	0,1	7,3	9,1	4,2	0,0	4,5	4,0
Bali	29,6	1,5	0,0	10,5	26,2	20,6	0,0	7,5	4,1
Nusa Tenggara Barat	32,9	0,0	0,2	4,4	13,9	28,1	0,4	7,5	12,5
Nusa Tenggara Timur	27,9	0,4	0,0	5,5	4,3	51,6	0,0	0,2	10,2
Kalimantan Barat	51,2	0,0	0,0	3,2	7,0	23,5	0,0	0,5	14,6
Kalimantan Tengah	34,6	0,0	0,3	8,7	19,1	22,1	0,3	4,0	10,7
Kalimantan Selatan	54,1	0,3	0,0	6,3	14,0	12,0	0,0	0,9	12,5
Kalimantan Timur	45,7	0,0	0,0	8,4	10,4	8,6	0,0	6,0	20,9

**Tabel 2.4** Proporsi WUS berdasarkan kategori pekerjaan utama menurut provinsi, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Pekerjaan Utama								
	Tidak Sekolah Kerja	Sekolah	TNU/Polri	PNS/ Pegawai Negeri	Wiraswasta/ Iwanjasa/ dagang	Petani	Nelayan	Buruh	Lainnya
Sulawesi Utara	49,4	0,6	0,0	8,8	9,4	7,1	0,0	0,0	24,7
Sulawesi Tengah	44,4	0,7	0,0	5,2	10,4	15,7	0,0	0,4	23,1
Sulawesi Selatan	51,5	0,0	0,0	9,6	8,4	3,7	0,2	0,2	26,5
Sulawesi Tenggara	44,7	0,0	0,0	6,5	7,6	32,0	0,0	0,4	8,7
Gorontalo	49,1	0,0	0,6	9,8	5,2	6,9	0,0	1,7	26,6
Sulawesi Barat	37,4	0,0	0,0	7,1	14,1	15,7	0,0	0,5	25,3
Maluku Utara	35,7	0,5	0,0	7,6	4,3	29,2	0,0	0,0	22,7
Maluku	23,7	0,6	0,0	3,5	10,4	46,2	0,0	0,0	15,6
Irian Jaya Barat	36,4	0,4	1,7	5,6	10,0	37,2	0,0	0,0	8,7
Papua	31,9	0,4	0,0	4,9	11,9	39,3	1,1	0,0	10,5
Indonesia	50,8	0,3	0,1	6,1	12,4	15,7	0,1	3,9	10,5



**Gambar 2.9** Proporsi WUS berdasarkan kategori tempat tinggal menurut provinsi, Riskesdas tahun 2010

Berdasarkan tabel 2.4 tampak bahwa setiap provinsi pada regional Sumatera pekerjaan utama WUS di dominasi oleh bekerja sebagai rumah tangga (tidak mendapat upah) hampir 50% ke atas, dan regional timur seperti Papua, Irian Jaya Barat, Maluku dan Maluku utara didominasi oleh pekerjaan utama petani lebih dari 30% ke atas.

Gambar 2.9 menunjukkan bahwa WUS yang tinggal di perkotaan terbanyak di provinsi DKI Jakarta, Kepulauan Riau, DI Yogyakarta, Jawa Barat dan Banten.

**Tabel 2.5** Proporsi WUS berdasarkan kategori tempat tinggal, Risikesdas tahun 2010

Provinsi	Tempat Tinggal	
	Perkotaan	Perdesaan
NAD	38,1	61,9
Sumatra Utara	43,7	56,3
Sumatra Barat	50,3	49,7
Riau	41,9	58,1
Lambi	35,9	64,1
Sumatra Selatan	43,0	57,0
Bengkulu	34,5	65,5
Lampung	29,8	70,2
Bangka Belitung	48,3	51,7
Kepulauan Riau	75,3	24,7
DKI Jakarta	100,0	0,0
Jawa Barat	61,0	39,0
Jawa Tengah	50,5	49,5
DI Yogyakarta	63,0	37,0
Jawa Timur	54,8	45,2
Banten	57,4	42,6
Bali	50,6	49,4
Nusa Tenggara Barat	42,0	58,0
Nusa Tenggara Timur	26,0	74,0
Kalimantan Barat	39,1	60,9
Kalimantan Tengah	48,3	51,7
Kalimantan Selatan	53,0	47,0
Kalimantan Timur	51,4	48,6
Sulawesi Utara	43,5	56,5

Provinsi	Tempat Tinggal		
	Perkotaan	Perdesaan	
Sulawesi Tengah	29,5	70,5	
Sulawesi Selatan	43,1	56,9	
Sulawesi Tenggara	27,3	72,7	
Gorontalo	45,7	54,3	
Sulawesi Barat	27,3	72,7	
Maluku	28,1	71,9	
Maluku Utara	22,0	78,0	
Irian Jaya Barat	34,2	65,8	
Papua	31,6	68,4	
Indonesia	49,4	50,6	

Dari Tabel 2.5 menunjukkan bahwa proporsi WUS yang bertempat tinggal di perkotaan rerata nasional 49,4%, dan di desa 50,6%.

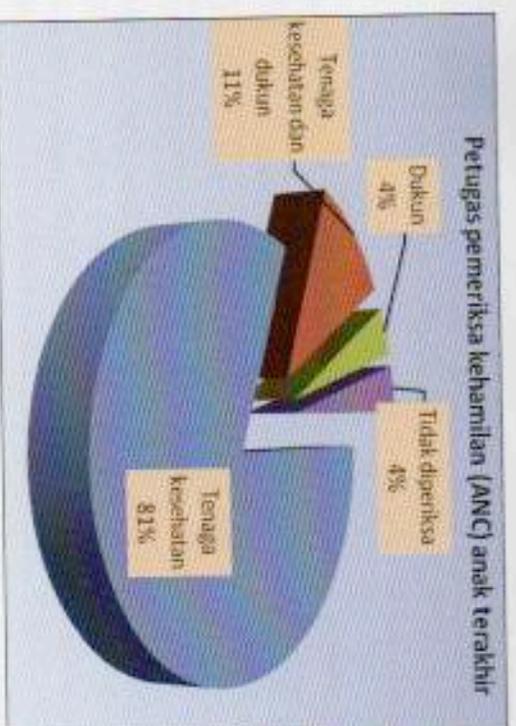
**Tabel 2.6** Proporsi petugas pemeriksa kehamilan (ANC) anak terakhir, Risikesdas tahun 2010

Provinsi	Petugas pemeriksa kehamilan (ANC) anak terakhir			
	Tenaga kesehatan	Tenaga kesehatan dan dukun	Dukun	Tidak diperiksa
NAD	90,1	5,2	2,3	2,3
Sumatra Utara	82,3	4,9	5,4	7,4
Sumatra Barat	75,8	17,4	3,1	3,6
Riau	79,4	11,1	5,0	4,5
Lambi	66,7	15,8	12,5	5,0
Sumatra Selatan	82,3	7,8	4,0	5,9
Bengkulu	81,7	10,5	2,1	5,8
Lampung	84,2	10,2	3,3	2,4
Bangka Belitung	85,1	8,4	4,0	2,5
Kepulauan Riau	95,2	3,9	0,4	0,4
DKI Jakarta	97,9	0,7	0,7	0,7
Jawa Barat	84,5	10,6	2,7	2,1
Jawa Tengah	93,2	4,9	0,5	1,4
DI Yogyakarta	98,3	1,7	0,0	0,0
Jawa Timur	88,8	7,9	1,6	1,7

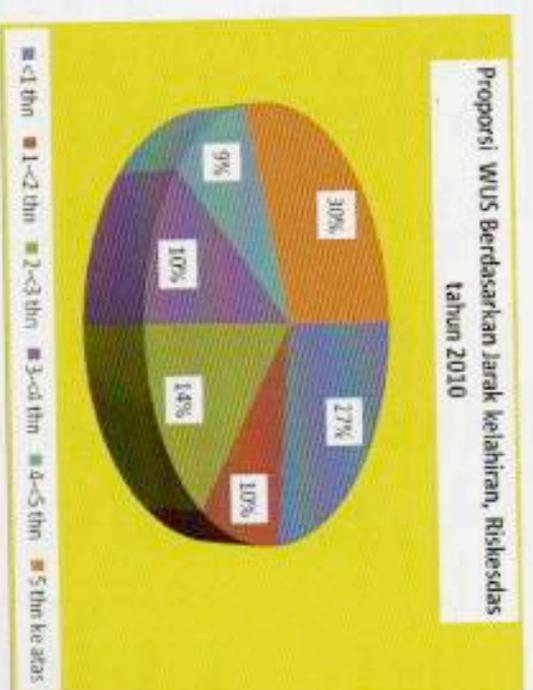
Provinsi	Petugas pemeriksa kehamilan (ANC) anak terakhir			
	Tenaga kesehatan	Tenaga kesehatan dan dukun	Dukun	Tidak diperiksa
Banten	66,7	20,6	7,6	5,1
Bali	94,3	2,7	0,4	2,7
Nusa Tenggara Barat	78,0	16,2	2,6	3,2
Nusa Tenggara Timur	71,3	15,3	8,7	4,7
Kalimantan Barat	74,4	8,8	7,1	9,7
Kalimantan Tengah	67,0	13,3	12,6	7,1
Kalimantan Selatan	72,6	21,8	3,8	1,8
Kalimantan Timur	81,6	10,1	3,3	4,9
Sulawesi Utara	88,9	7,4	1,2	2,5
Sulawesi Tengah	67,7	19,1	5,1	8,2
Sulawesi Selatan	81,8	13,1	1,7	3,3
Sulawesi Tenggara	53,6	29,1	11,9	5,4
Gorontalo	42,5	41,3	7,5	8,8
Sulawesi Barat	60,2	27,7	7,9	4,2
Maluku	70,9	12,8	12,3	3,9
Maluku Utara	52,7	29,3	9,6	8,4
Irian Jaya Barat	65,2	3,8	10,5	20,5
Papua	75,0	4,5	5,3	15,2
Indonesia	81,2	10,9	4,0	3,9

Lima provinsi tertinggi proporsi WUS yang periksa ANC ke dukun bayi adalah provinsi Kalimantan Tengah 12,6%, Jambi 12,5%, Maluku 12,3%, Sulawesi Tenggara 11,9% dan Irian Jaya barat 10,5%, Keberadaan dukun bayi dari sisi aksesibilitas masyarakat cukup tinggi di lima provinsi tersebut.

Proporsi WUS yang memeriksakan ANC selama kehamilan pada umumnya ke petugas kesehatan rerata nasional 81,2%, namun periksa ANC ke bidan dan dukun (mitra) sebanyak 10,9%, sedangkan WUS yang tidak periksa kehamilannya ada 3,9%.



Gambar 2.10 Proporsi petugas pemeriksa kehamilan (ANC) anak terakhir, Riskesdas tahun 2010



Gambar 2.11 Proporsi WUS berdasarkan jarak kelahiran, Riskesdas tahun 2010

Rerata nasional jarak kelahiran >5 tahun ke atas (30,3%) menduduki proporsi terbesar dibandingkan jarak kelahiran lainnya. Jarak kelahiran < dari 1 tahun 27%, Perlu mendapat perhatian lebih pada WUS dengan jarak kelahiran kurang dari 2 tahun 36,7% (27% + 9,7%).

Tabel 2.7 Proporsi WUS berdasarkan jarak kelahiran, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Jarak kelahiran anak					
	<1 thn	1-2 thn	2-<3 thn	3-4 thn	4-5 thn	5 thn ke atas
NAD	23,2	11,3	16	16,4	11	22,1
Sumatra Utara	19	17,6	22,7	13,3	12	15,4
Sumatra Barat	20,5	10,6	18,8	16,2	11,8	22
Riau	26,7	10,9	14	14,7	12	21,7
Jambi	29	7,6	10,2	8,9	9,2	35
Sumatra Selatan	32	5,7	11,6	12,6	11,6	26,5
Bengkulu	33,5	8,4	12,6	6,8	12	26,7
Lampung	32,3	8,5	6,7	7,2	6,3	39
Bangka Belitung	29,7	6,4	15,3	8,4	6,9	33,2
Kepulauan Riau	27,7	8,7	15,2	14,3	9,1	25,1
DKI Jakarta	33	7,9	12,6	8,3	8,4	29,8
Jawa Barat	28,5	7,2	9,7	8,5	8,1	38
Jawa Tengah	28,5	7,6	8,8	8	7,5	39,6
DI Yogyakarta	34,4	3,3	9,4	10	2,8	40
Jawa Timur	33,9	6,9	9	6,5	6,7	37
Banten	27,1	7	11,2	9,5	9,9	35,3
Bali	33,1	9,5	14,8	3,4	9,9	29,3
Nusa Tenggara Barat	30,5	8,1	13,6	9	9,2	29,6
Nusa Tenggara Timur	18,4	12,6	25,8	17,5	9,9	15,9
Kalimantan Barat	25	11,1	14,8	13,6	9,4	26,1
Kalimantan Tengah	29,3	7,5	12,6	9,2	9,9	31,6
Kalimantan Selatan	35,3	4,7	6,8	7,1	7,9	38,2
Kalimantan Timur	24,1	12,9	13,4	12,9	9,9	26,8
Sulawesi Utara	25,3	10,5	8	9,9	11,7	34,6
Sulawesi Tengah	16,3	15,6	20,6	14,4	12,8	20,2
Sulawesi Selatan	23,8	12,6	15,9	10,8	10,7	26,2
Sulawesi Tenggara	18	11,1	24,9	13,4	12,3	20,3
Gorontalo	22,5	13,8	16,3	8,1	13,8	25,6

#### Jarak kelahiran anak

Provinsi	<1 thn					1-2 thn					2-<3 thn					3-4 thn					4-5 thn					5 thn ke atas										
	Sulawesi Barat	21,5	18,8	14,1	12,6	10,5	22,5	22,3	18,4	18,4	13,4	11,7	15,6	9,6	15	24,6	15,6	13,2	22,2	15,7	23,3	29	11,4	5,2	15,2	19,3	20,5	16,7	15,9	7,6	20,1	27	9,7	13,4	10,3	9,2
Maluku	22,3	18,4	18,4	13,4	11,7	15,6	9,6	15	24,6	15,6	13,2	22,2	15,7	23,3	29	11,4	5,2	15,2	19,3	20,5	16,7	15,9	7,6	20,1	27	9,7	13,4	10,3	9,2	30,3						
Maluku Utara	9,6	15	24,6	15,6	13,2	22,2	15,7	23,3	29	11,4	5,2	15,2	19,3	20,5	16,7	15,9	7,6	20,1	27	9,7	13,4	10,3	9,2	30,3	21,5	18,8	14,1	12,6	10,5	22,5	22,3	18,4	18,4	13,4	11,7	15,6
Irian Jaya Barat	15,7	23,3	29	11,4	5,2	15,2	19,3	20,5	16,7	15,9	7,6	20,1	27	9,7	13,4	10,3	9,2	30,3	21,5	18,8	14,1	12,6	10,5	22,5	22,3	18,4	18,4	13,4	11,7	15,6	9,6	15	24,6	15,6	13,2	22,2
Papua	19,3	20,5	16,7	15,9	7,6	20,1	27	9,7	13,4	10,3	9,2	30,3	21,5	18,8	14,1	12,6	10,5	22,5	22,3	18,4	18,4	13,4	11,7	15,6	9,6	15	24,6	15,6	13,2	22,2	15,7	23,3	29	11,4	5,2	15,2
Indonesia	27	9,7	13,4	10,3	9,2	30,3	21,5	18,8	14,1	12,6	10,5	22,5	22,3	18,4	18,4	13,4	11,7	15,6	9,6	15	24,6	15,6	13,2	22,2	15,7	23,3	29	11,4	5,2	15,2	19,3	20,5	16,7	15,9	7,6	20,1

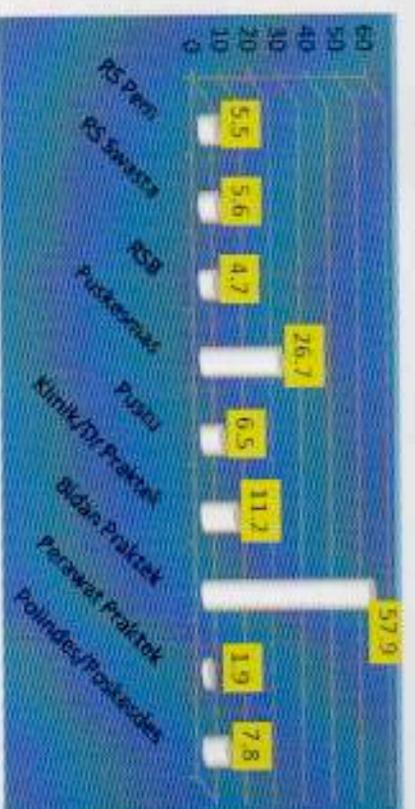
Tabel 2.7 menunjukkan bahwa sepuluh provinsi tertinggi di atas rerata nasional jarak kelahiran kurang dari 1 tahun adalah provinsi Kalimantan selatan 35,3%, DI Yogyakarta 34,4%, Jawa Timur 33,9%, Bengkulu 33,5%, DKI Jakarta 33%, Lampung 32,3%, Bali 33,1%, Bangka Belitung 29,7%, NTB 30,5% dan Kalimantan Tengah 29,3%.

Tabel 2.8 Proporsi WUS berdasarkan tempat pelayanan ANC, Riskesdas tahun 2010

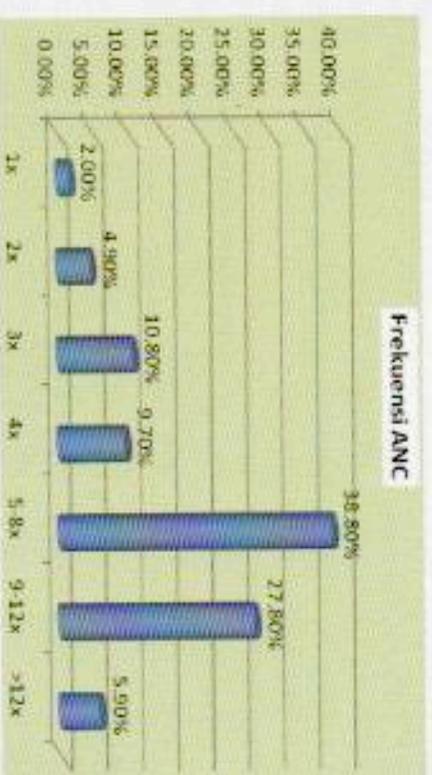
Provinsi	Tempat Pelayanan ANC									
	RS	RS Pen Swasta	RSB	Dukungan Posni	Klinik/ Bidan Perseor/ Polindes/ Lainnya					
NAD	8,4	4,2	4,7	24,1	9,6	28,8	68,5	3,7	9,6	19,9
Sumatra	3,9	4,2	3,4	10	6,6	10,6	71,4	1,2	8,6	9,3
Utara	8,5	4,9	5,2	31,1	15,5	17,1	63,8	2,1	12,7	31,1
Sumatra Barat	7,5	5,7	8,1	10,9	10,3	11,7	62,8	3,2	8,9	20,2
Riau	4,4	6,4	2,8	25,6	10,4	13,2	60,0	2,0	3,6	21,6
Jambi	7	4,4	3,2	15,2	4,9	8,7	66,6	2,7	11	10,4
Sumatra Selatan	2,8	0,6	1,1	11,4	5,7	6,3	69,3	1,7	6,8	33,5
Bengkulu	1,6	3	3,2	20,9	4,8	4,8	78,2	3,0	2,3	29,6
Lampung	11,1	3,2	3,2	23,8	3,7	12,7	57,7	1,6	23,3	3,2
Bangka Belitung	9,6	17,5	9,6	10,5	4,8	17,5	57,6	2,2	12,2	11,3
Kepulauan Riau	8	16,8	12	18,2	0,5	5,1	61,4	1,6	0,5	4,0
DKI Jakarta	3,5	5,8	4	24,9	2,5	10	68,6	1,1	3,4	8,2
Jawa Barat	3,5	4,7	8,4	21,5	3,7	12	73,1	1,2	5,7	13,0
Jawa Tengah	10	11,1	8,9	31,1	4,4	10	63,3	0	1,7	4,4
DI Yogyakarta	10	11,1	8,9	31,1	4,4	10	63,3	0	1,7	4,4

Provinsi	Tempat Pelayanan/ANC									
	RS Pem Swasta	RS RSB	RSB Puskesmas	Puskesmas Pustu	Klinik/ Dr Praktik	Bidan Praktik	Keperawatan Praktik	Polindes/ Puskesmas	Lainnya	
Jawa Timur	28	6,5	4,6	19,4	3	12,9	69,6	1,5	7,4	12,5
Banten	3,8	9	7,8	22,5	1,5	6,7	66,2	2,7	1,3	24,6
Bali	4,7	8,2	2	22,4	9,4	25,5	66,1	0	0,4	2,4
Nusa Tenggara Barat	2,9	1,4	1,4	50,0	8,6	5,0	21,3	2,7	34,8	20,8
Nusa Tenggara Timur	9	2,9	1,2	45,5	16,4	7,9	13,8	2,9	37,9	37,1
Kalimantan Barat	6,5	4,4	2,4	28,3	4,1	7,8	56	3,8	10,9	23,5
Kalimantan Tengah	3	0	3,4	39,4	11	9,3	40,3	5,5	11,4	27,9
Kalimantan Selatan	6,5	3,7	2,8	35,5	4	12,8	62,9	1,6	7,8	30,2
Kalimantan Timur	14,3	6,3	6	41,5	7,5	16,1	39,1	2,1	2,1	17,6
Sulawesi Utara	14,7	14,1	0,6	37,2	12,8	14,1	25	4,5	1,9	40,4
Sulawesi Tengah	4	0	0,9	25,6	26,9	7,6	25,1	4,5	9	49,4
Sulawesi Selatan	11,6	2,4	3,9	48,4	17,5	11,4	35,9	1,3	5,2	17,8
Sulawesi Tenggara	2,3	2,8	0	43,1	11,1	8,3	19	3,7	4,6	63,5
Gorontalo	9	0,7	6	58,2	5,2	10,4	25,4	0,7	18,7	58,2
Sulawesi Barat	7,1	0,6	0,6	64,3	22	6	24,4	1,2	5,4	32,7
Maluku	8	7,3	0,7	44,7	6	14,7	14,0	1,3	10,7	31,3
Maluku Utara	5,1	1,5	0,7	34,3	7,3	8,8	13,9	1,5	6,6	42,4
Irian Jaya Barat	9	6,9	4,8	51,7	6,2	22,8	15,2	3,4	10,3	22,7
Papua	8,6	8,6	2,9	48,1	17,1	12,4	10,5	0	3,3	21,5
Indonesia	5,5	5,6	4,7	26,7	6,5	11,2	37,9	1,9	7,8	23,5

Proporsi WUS periksa ANC terbanyak di fasilitas kesehatan di tempat bidan praktik hampir terjadi di semua provinsi di Indonesia (57,9%), kecuali provinsi Papua, Irian Jaya Barat, Maluku, Sulawesi Barat dan NTT paling banyak menggunakan fasilitas puskesmas sebagai tempat pemeriksaan ANC (Papua 48,1%, Irian Jaya Barat 51,7%, Sulawesi Barat 4,3%, NTB 50,0% dan NTT 45,5%).



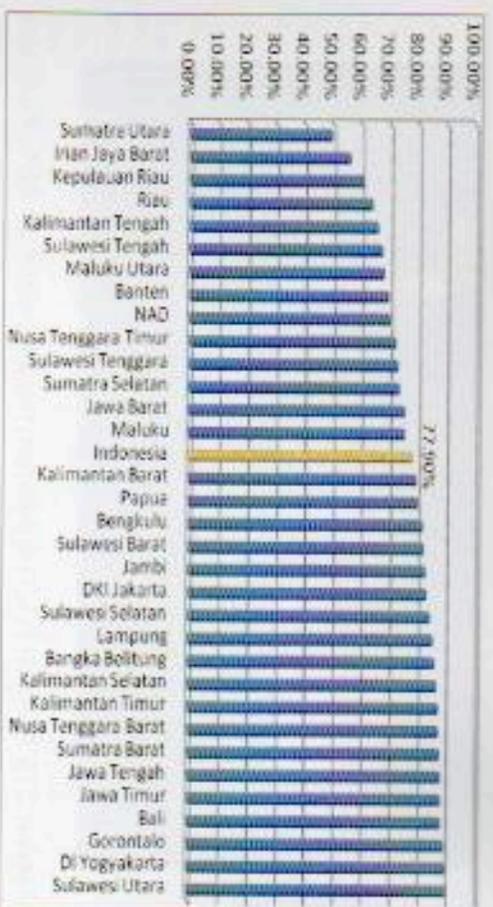
Gambar 2.12 Proporsi WUS berdasarkan tempat pelayanan ANC, Riskesdas tahun 2010



Gambar 2.13 Proporsi WUS berdasarkan Frekuensi ANC menurut provinsi, Riskesdas 2010

Proporsi WUS dengan akses pelayanan ANC secara rerata nasional paling banyak di Bidan praktik 57,9%, diikuti di puskesmas 26,7%, dan klinik dokter 11,2%.

Ternyata frekuensi ANC 5-8 kali terbanyak pertama 38,8%, ke dua 9-12 kali 27,8%, sedangkan periksa ANC hanya 3 kali 10,8%.



Gambar 2.14 Proporsi WUS berdasarkan kepemilikan KMS Bumil, menurut provinsi Riskesdas 2010

Tabel 2.9 Proporsi WUS berdasarkan kepemilikan KMS Bumil, menurut Provinsi Riskesdas 2010

Provinsi	Kepemilikan KMS Bumil	
	Ya	Tidak
NAD	70,00%	30,00%
Sumatra Utara	49,40%	50,60%
Sumatra Barat	88,10%	11,90%
Riau	63,80%	36,20%
Jambi	82,80%	17,20%
Sumatra Selatan	73,40%	26,60%
Bengkulu	81,80%	18,20%
Lampung	85,50%	14,50%
Bangka Belitung	86,20%	13,80%
Kepulauan Riau	60,70%	39,30%
DKI Jakarta	83,20%	16,80%
Jawa Barat	75,30%	24,70%
Jawa Tengah	88,40%	11,60%
DI Yogyakarta	90,00%	10,00%
Jawa Timur	88,50%	11,50%

Provinsi	Kepemilikan KMS Bumil	
	Ya	Tidak
Banten	69,50%	30,50%
Bali	88,60%	11,40%
Nusa Tenggara Barat	87,60%	12,40%
Nusa Tenggara Timur	72,10%	27,90%
Kalimantan Barat	79,50%	20,50%
Kalimantan Tengah	65,20%	34,80%
Kalimantan Selatan	86,90%	13,10%
Kalimantan Timur	87,50%	12,50%
Sulawesi Utara	90,40%	9,60%
Sulawesi Tengah	67,30%	32,70%
Sulawesi Selatan	84,50%	15,50%
Sulawesi Tenggara	72,70%	27,30%
Gorontalo	89,60%	10,40%
Sulawesi Barat	82,10%	17,90%
Maluku	75,30%	24,70%
Maluku Utara	67,90%	32,10%
Irian Jaya Barat	55,90%	44,10%
Papua	80,00%	20,00%
Total	77,90%	22,10%

Proporsi WUS dengan kepemilikan KMS terendah di bawah rerata nasional adalah provinsi Sumatera Utara 49,4%, Irian Jaya Barat 55,9%, Kepulauan Riau 60,7%, dan Riau 63,8%.

Kepemilikan KMS ibu hamil yang terbanyak di Provinsi di Sulawesi Utara, DI Yogyakarta dan Gorontalo

Tabel 2.10 Proporsi WUS berdasarkan pelayanan yang diperoleh saat ANC menurut provinsi, Riskesdas 2010

Provinsi	Pelayanan yang diperoleh saat ANC								
	Timbangan BB	Ukur TB	Ukur Tka Darah	Diperiksa air susu darah	Diperiksa fundus U	Dihentahu Imunisasi TT	Mendapat Tasa Fe		
NAD	90,10%	36,00%	95,60%	32,80%	23,60%	91,10%	31,80%	61,60%	75,10%
Sumatra Utara	84,80%	39,80%	87,60%	29,60%	14,70%	85,80%	38,60%	44,20%	69,20%
Utara									
Sumatra Barat	95,10%	64,00%	94,80%	41,70%	39,40%	95,60%	46,90%	65,00%	89,90%

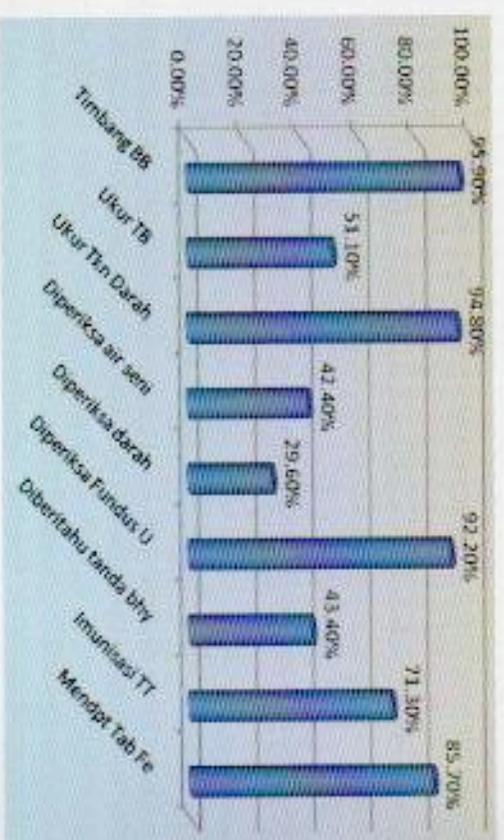
Provinsi	Pelayanan yang diperoleh saat ANC									
	Timbang BB	Ukur TB	Ukur Tkn Darah	Diperiksa air seni	Diperiksa darah	Diperiksa Fundus U	Diberitahu tanda bhy	Imunisasi TT	Mendpti Tab Fe	
Riau	97,80%	45,10%	95,40%	42,60%	23,60%	90,10%	41,80%	63,60%	84,20%	
Jambi	98,40%	53,20%	97,60%	40,00%	42,40%	94,00%	37,60%	76,80%	78,40%	
Samarata Selatan	97,90%	63,60%	91,10%	29,60%	19,90%	77,20%	48,20%	62,20%	79,20%	
Bengkulu	93,20%	36,90%	94,30%	18,20%	11,90%	78,40%	38,10%	72,20%	83,00%	
Lampung	98,20%	51,20%	94,20%	48,00%	32,00%	92,90%	56,60%	77,00%	86,20%	
Bengkas	97,40%	33,90%	94,20%	35,40%	22,20%	96,80%	35,40%	72,90%	89,90%	
Kepulauan Riau	95,20%	48,00%	96,10%	53,20%	27,50%	98,30%	47,60%	59,40%	90,90%	
DKI Jakarta	99,50%	53,20%	96,20%	56,40%	50,30%	93,20%	46,20%	64,20%	83,20%	
Jawa Barat	97,90%	44,20%	96,00%	49,10%	33,10%	95,10%	43,10%	75,00%	85,80%	
Jawa Tengah	98,90%	49,20%	97,10%	48,20%	30,90%	95,40%	44,20%	77,20%	89,60%	
DI	100,00%	75,00%	98,30%	69,40%	67,20%	97,80%	55,60%	86,20%	96,20%	
Yogyakarta	98,00%	70,20%	96,40%	49,10%	26,00%	94,00%	48,10%	61,00%	91,20%	
Banten	96,40%	45,60%	93,60%	45,20%	22,00%	91,50%	45,20%	70,30%	87,40%	
Bali	99,60%	60,00%	97,20%	51,80%	30,60%	94,50%	48,60%	90,60%	93,20%	
Nusa Tenggara Barat	94,60%	40,50%	93,20%	41,20%	31,90%	93,40%	51,60%	85,30%	92,50%	
Nusa Tenggara Timur	97,60%	56,90%	91,90%	26,90%	33,20%	96,40%	33,20%	79,20%	82,40%	
Kalimantan Barat	97,60%	53,90%	95,60%	50,20%	40,40%	90,80%	41,00%	67,90%	75,40%	
Kalimantan Tengah	91,10%	41,50%	96,20%	45,20%	22,90%	91,10%	50,00%	83,50%	91,90%	
Kalimantan Selatan	98,40%	43,80%	93,80%	50,90%	28,30%	93,10%	31,80%	77,90%	88,90%	
Kalimantan Timur	99,10%	53,40%	96,20%	46,60%	33,60%	93,40%	48,40%	76,40%	91,80%	
Sulawesi Utara	97,40%	51,30%	96,80%	43,60%	20,50%	91,00%	42,30%	84,00%	87,20%	
Sulawesi Tengah	79,80%	34,50%	93,30%	14,80%	13,00%	91,90%	29,60%	76,20%	78,00%	
Sulawesi Selatan	98,20%	60,20%	94,80%	40,50%	31,90%	94,20%	42,00%	83,10%	90,20%	
Sulawesi Tenggara	89,80%	44,40%	97,20%	9,30%	12,00%	86,60%	47,20%	78,20%	83,20%	
Corontalo	94,80%	72,40%	88,80%	23,10%	20,90%	86,60%	46,20%	72,40%	85,80%	

Provinsi	Pelayanan yang diperoleh saat ANC									
	Timbang BB	Ukur TB	Ukur Tkn Darah	Diperiksa air seni	Diperiksa darah	Diperiksa Fundus U	Diberitahu tanda bhy	Imunisasi TT	Mendpti Tab Fe	
Sulawesi	95,80%	60,20%	89,30%	16,20%	27,40%	86,90%	39,20%	75,00%	75,00%	
Batal	78,00%	50,00%	94,20%	18,20%	20,00%	86,00%	28,20%	84,00%	86,00%	
Maluku	92,20%	53,30%	92,00%	15,30%	27,20%	92,00%	33,60%	73,20%	92,20%	
Uta	91,00%	50,20%	93,80%	26,90%	43,40%	90,30%	47,60%	71,20%	86,20%	
Batal	98,60%	57,10%	92,90%	31,90%	52,90%	84,30%	35,20%	81,40%	86,20%	
Papua	95,90%	51,10%	94,80%	42,40%	29,60%	92,20%	43,40%	71,20%	85,20%	

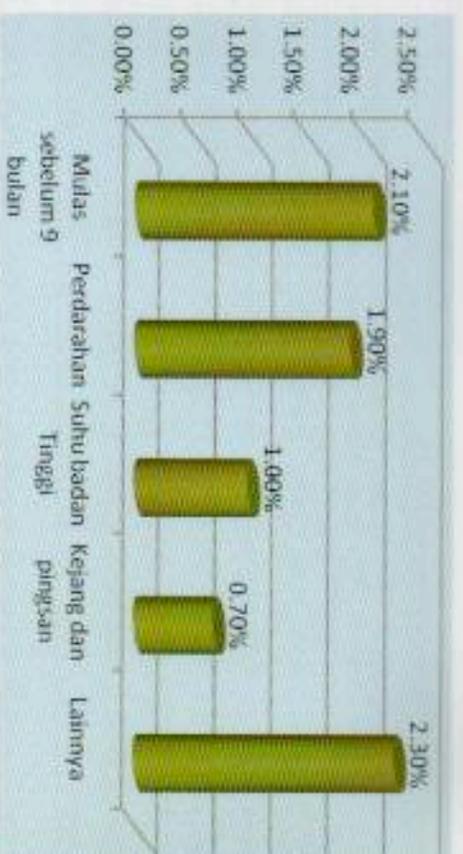
Proporsi WUS menurut pelayanan yang diperoleh saat ANC di petugas kesehatan adalah Timbang berat badan 95,9%, ukur tekanan darah 94,8%, pemeriksaan fundus uteri 92,2%, memperoleh tblet FE 85,2%, imunisasi TT 71,3%.

Proporsi WUS terbesar yang mengalami tanda bahaya selama kehamilan adalah mulas sebelum 9 bulan 2,1%, perdarahan 1,9 persen, suhu badan tinggi 1%.

Proporsi WUS yang mengalami perdarahan selama kehamilan rerata nasional 1,9%, provinsi tertinggi di atas rerata nasional adalah Provinsi



Gambar 2.15 Proporsi WUS Berdasarkan pelayanan yang diperoleh saat ANC, Riskesdas 2010



Gambar 2.16 Proporsi WUS yang mengalami tanda bahaya selama kehamilan, Riskesdas 2010



Gambar 2.17 Proporsi WUS yang mengalami tanda bahaya perdarahan selama kehamilan menurut provinsi, Riskesdas 2010

Kepulauan Riau, Bali, Banten, Irian Jaya Barat, dan DI Yogyakarta, Gambar 2.17.

## PEMBAHASAN

### Profil Perilaku ANC

Proporsi WUS periksa ANC terbanyak di fasilitas kesehatan di tempat bidan praktik hampir terjadi di semua provinsi di Indonesia (57,9%), kecuali provinsi Papua, Irian Jaya Barat, Maluku, Sulawesi Barat dan NTT paling banyak menggunakan fasilitas puskesmas sebagai tempat pemeriksaan ANC (Papua 48,1%, Irian Jaya Barat 51,7%, Sulawesi Barat 64,3% NTB 50,0% dan NTT 45,5%).

Demikian pula hasil uji Korelasi Pearson menunjukkan Ibu hamil dengan pendidikan SLTA ke atas mempunyai hubungan signifikan dengan rasio prevalensi 1,25 kali lebih banyak mendapatkan frekuensi pelayanan ANC  $\geq 4$  kali oleh tenaga kesehatan (90,1%) dibandingkan ibu hamil dengan pendidikan SLTA ke bawah (72,1%). Demikian status ekonomi di kuintil 3, 5 mempunyai rasio prevalensi 1,21 kali lebih banyak frekuensi mendapatkan akses pelayanan ANC  $\geq 4$  kali ke tenaga kesehatan dibandingkan ibu hamil dengan status ekonomi di kuintil 1,2.

Berdasarkan analisis korelasi ada hubungan yang bermakna antara akses ketersediaan dokter dan desa dengan bidan desa, desa dengan poskesdes terhadap pelayanan KB, ANC nakes, mulai ANC  $\geq 4$  kali, ANC trimester 1 sampai trimester 3. Namun bidan yang tinggal di desa tidak ada hubungan yang bermakna dengan akses pelayanan TT, KB, dan ANC. Besar prevalensi rasio sebanyak 1 kali lebih banyak cakupan pelayanan TT, KB dan ANC dengan ketersediaan tenaga medis dokter, para medis, desa dengan bidan desa dan poskesdes. Ada korelasi hubungan yang bermakna antara akses ketersediaan dokter dan desa dengan bidan desa, desa dengan poskesdes terhadap pelayanan KB, ANC nakes, mulai ANC  $\geq 4$  kali, ANC trimester 1 sampai trimester 3. Namun bidan yang tinggal di desa tidak ada hubungan yang bermakna dengan akses pelayanan TT, KB, dan ANC. Besar prevalensi rasio sebanyak 1 kali lebih banyak cakupan pelayanan TT, KB dan ANC dengan ketersediaan tenaga medis dokter, para medis, desa dengan bidan desa dan poskesdes.

Berbagai faktor yang memengaruhi *Ante Natal Care* (ANC) antara lain: pengetahuan, ketidaktahuan ibu dan keluarga terhadap pentingnya pemeriksaan kehamilan berdampak pada ibu hamil tidak memeriksakan kehamilannya pada petugas kesehatan. Tingkat ekonomi berpengaruh terhadap kesehatan, yaitu tingkat ekonomi rendah, keluarga tidak mampu menyediakan dana untuk pemeriksaan kehamilan. Masalah yang timbul pada keluarga dengan tingkat ekonomi rendah, ibu hamil kekurangan

energi dan protein (KEK) yang disebabkan tidak mempunyai keluarga untuk menyediakan kebutuhan energi dan protein yang dibutuhkan ibu selama kehamilan; Sosial Budaya, keadaan lingkungan keluarga yang tidak mendukung, memengaruhi ibu dalam memeriksakan kehamilannya. Perilaku keluarga yang tidak mengizinkan seorang wanita meninggalkan rumah untuk memeriksakan kehamilannya merupakan budaya yang menghambat keteraturan kunjungan ibu hamil memeriksakan kehamilannya. Geografis, letak geografis sangat menentukan terhadap pelayanan kesehatan, di tempat yang terpencil ibu hamil sulit memeriksakan kehamilannya, Hal ini karena transportasi yang sulit menjangkau sampai tempat terpencil (Depkes RI, 2001).

Kemampuan Indonesia merealisasikan delapan target *Millennium Development Goals* (MDGs) atau Tujuan Pembangunan Milenium sangat diragukan. Sejumlah kalangan secara terang-terangan menyatakan Indonesia tak mungkin mencapai 8 target MDGs. Data menunjukkan, hingga sepuluh tahun MDGs dicanangkan, pencapaian Indonesia atas sejumlah target masih sangat lambat bahkan cenderung mundur pada target tertentu.

Sebagai contoh, kasus kematian ibu dalam proses melahirkan masih tertinggi di Asia, yakni mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup, bahkan hasil SDKI tahun 2012 angka kematian ibu pada proses persalinan mencapai 359/100.000 kelahiran (selama lima tahun terakhir). Angka ini jauh dari target MDGs, yakni 102/100.000 kelahiran, rasio kematian balita pun masih tinggi, yakni 44/1000 kelahiran hidup, jauh dari target MDGs 32 per 1000 kelahiran hidup.

Sejumlah daerah seperti Sulawesi Barat, Maluku, Gorontalo, Sulteng, Papua dan NTT masih tinggi kasus kematian ibu dan balitanya. Demikian pula dengan capaian MDGs dalam hal pencegahan penyebaran HIV-AIDS, malaria serta penyakit berat lainnya belum menunjukkan hasil berarti.

Selain itu hasil analisis *Risikesdas* 2010 menunjukkan bahwa proporsi WUS yang memeriksakan ANC selama kehamilan pada umumnya ke petugas kesehatan rerata nasional 81,2%, namun periksa ANC ke bidan dan Dukun (mitra) sebanyak 10,9%, sedangkan WUS yang tidak periksa kehamilannya ada 3,9%. Bahkan ada lima provinsi tertinggi proporsi WUS yang periksa ANC ke dukun bayi adalah provinsi Kalimantan Tengah 12,6%, Jambi 12,5%, Maluku 12,3%, Sulawesi tenggara 11,9% dan Irian Jaya barat 10,5%. Keberadaan dukun bayi dari sisi aksesibilitas masyarakat cukup tinggi di lima provinsi tersebut.

Keberadaan dukun bayi yang cukup besar perannya dalam pemerkasaan kehamilan dan dalam perolongan masa nifas di beberapa

provinsi di Indonesia, dapat menjadi sumber potensial, karena justru keberadaan para dukun bayi seharusnya menjadi mitra yang baik bagi bidan terutama bida desa yang relatif berusia muda dan sangat sedikit pengalamannya dalam proses perolongan persalinan. Kebijakan lokal inilah yang seharusnya digalakkan sebagai sumber *resources* yang semestinya program kesehatan membekali para dukun bayi dengan peralatan KTT persalinan yang cukup steril dan aman sebagai salah satu persyaratan mutlak yang harus dipenuhi oleh seorang dukun bayi di samping pembekalan ilmu kebidanan standar (SOP). Banyak sisi inovatif yang semestinya dapat dikerjakan untuk mempercepat pencapaian tujuan MDGs di Indonesia.

MDGs merupakan paradigma pembangunan global yang disepakati secara internasional oleh 189 negara anggota PBB dalam KTT Milenium PBB September 2000 dengan penandatanganan Deklarasi MDGs.

Deklarasi ini merupakan komitmen dari berbagai pemimpin dunia, antara lain untuk mengurangi lebih dari separuh orang-orang yang menderita akibat kelaparan, menjamin semua anak untuk menyelesaikan pendidikan dasarnya, mengentaskan kesenjangan gender pada semua tingkat pendidikan, mengurangi kematian anak balita hingga 2/3, dan mengurangi hingga separuh jumlah orang yang tidak memiliki akses air bersih pada tahun 2015.

Indonesia sulit mencapai target pembangunan milenium seperti mengurangi angka kemiskinan, kematian ibu, pencegahan sejumlah penyakit seperti HIV-AIDS dan lain-lain, serta hubungan antarbangsa atau kemitraan global. Antara lembaga pemerintah di Indonesia tidak ada koordinasi alias berjalan sendiri-sendiri. Indonesia secara konseptual dan perangkat undang-undang sangat siap untuk melaksanakan pembangunan milenium, namun sayang dalam pelaksanaannya selalu gagal, karena antara kementerian satu dengan kementerian lainnya berjalan sendiri-sendiri (BPS, 2007).

Sebagai contoh, Kementerian Lingkungan Hidup melarang perkebunan hutan, namun Kementerian Kehutanan memberikan izin untuk perkebunan kelapa sawit. Kementerian Pertanian ingin mengembangkan dan mengintensifkan peternakan, namun Kementerian Kehutanan dan pihak pertambangan membolehkan pertambangan. Antara Menko yang satu dengan lainnya berjalan sendiri-sendiri bahkan saling bertabrakan.

Dalam kemitraan global, Indonesia belum bisa mencapai komitmen internasional. Teori dan konsep, pedoman kesehatan ibu dan anak sudah banyak, namun lemah dalam praktik dan koordinasi antar kementerian. Inilah yang menyebabkan belum bisa mengambil manfaat

sebesar-besarnya dari kemitraan global. Klaim pemerintah yang menyatakan pencapaian MDGs sudah *on the track* hanya mengacu pada angka statistik yang dalam kenyataannya kontradiktif dengan fakta di lapangan. Di sisi lain perspektif pemerintah dalam pencapaian MDGs sebatas proyek dan tidak berbasis perspektif pembangunan. Fakta memang menunjukkan angka kematian ibu melahirkan naik atau tidak menunjukkan kecenderungan penurunan, Tahun 2003 angka kematian ibu melahirkan 307 per 100,000 kelahiran ke tahun 2010 menjadi 228 dari per 100,000 kelahiran hidup, Angka terbaru SDKI tahun 2012 menunjukkan angka kematian ibu 359 per 100,000 kelahiran hidup, sungguh angka yang fantastik dan sangat mengjutkan semua pihak terutama jajaran kesehatan. Tanpa menyalahkan siapa pun namun yang terpenting apa yang harus dilakukan pemerintah untuk mengatasi keadaan ini.

Di sektor lingkungan hidup, dalam satu menit per harinya, Indonesia kehilangan luas hutan 12 kali lapangan sepak bola. Tingkat keteraksesan sanitasi dan air bersih rakyat pun sangat kurang, Baru 20% orang Indonesia yang bisa menikmati air minum bersih, perpipaan berdasarkan kategori MDGs.

Alasan keterbatasan anggaran dari APBN dalam upaya pencapaian delapan tujuan MDGs tidak masuk akal. Perspektif MDGs sebatas proyek dari luar negeri yang membuat pemerintah seakan terus mengulih keterbatasan anggaran.

Dalam APBN, mata anggaran yang terkait dengan MDGs seperti di bidang pendidikan, kesehatan, lingkungan, "Sayangnya APBN untuk sektor-sektor itu tidak dijadikan *mainstreaming*". Hanya terkonsentrasi pada penanggulangan kemiskinan, Padahal indikator MDGs sangat moderat.

Paramater kemiskinan di Indonesia juga tidak lagi relevan, Acuan Badan Pusat Statistik pendapatan hanya US\$ 1,24 per hari. Ukuran pendapatan tidak cukup dijadikan parameter kemiskinan, Indikator lain seperti keteraksesan pendidikan, kesehatan, rasa aman dan lingkungan bersih juga harus dibuat. Pemerintah didesak untuk menjadi APBN sebagai alat untuk percepatan MCD's yang konkret.

Di bidang pendidikan, ketika diklaim angka usia sekolah pendidikan dasar mencapai 95%, sayangnya tidak dibanding lurus dengan tingkat keaksaraan, Anak lulusan sekolah dasar di Papua saja belum bisa membaca, Pencapaian jangan sekedar kuantitas tapi harus fokus pula pada kualitas.

Pengamat ekonomi UGM, Revisond Baswir menilai, Indonesia sulit memenuhi target pembangunan milenium khususnya menurunkan garis kemiskinan dan angka kematian bayi. Selain problem kependudukan yang menyisakan masalah, angka kematian bayi ini pun menjadi cermin dari rendahnya kualitas kesehatan termasuk perhatian pemerintah. Di samping itu, laju pertumbuhan penduduk yang kurang mendapat perhatian yang serius dari hasil Riskesdas 2010 rerata jumlah anak per kepala keluarga 2,6 orang demikian pula dengan data BPS tahun 2012.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Proporsi WUS yang memeriksakan ANC selama kehamilan pada umumnya ke petugas kesehatan dengan rerata nasional 81,2%, namun periksa ANC ke bidan dan Dukun (mitra) sebanyak 10,9%, sedangkan WUS yang tidak periksa kehamilan ada 3,9%. Bahkan ada lima provinsi tertinggi proporsi WUS yang periksa ANC ke dukun bayi adalah provinsi Kalimantan Tengah 12,6%, Jambi 12,5%, Maluku 12,3%, Sulawesi Tenggara 11,9% dan Irian Jaya barat 10,5%. Keberadaan dukun bayi dari sisi aksesibilitas masyarakat cukup tinggi di lima provinsi tersebut.

Proporsi penolong persalinan pertama terbesar adalah bidan 58,0%, urutan ke dua dukun bersalin 23,9%, ke tiga dokter 13,9%, keluarga 3,4% (kemungkinan keluarga dukun). Provinsi tertinggi penolong persalinan tingkat pertama ke dukun bersalin adalah provinsi Maluku Utara 70,5%, Gorontalo 60,7%, Sulawesi Tenggara 43,6%, dan Jambi 32,1%. Padahal ke lima provinsi ini penempatan bidan setiap desa ada dua orang, dengan jumlah dukun bayi paling banyak di lima daerah tersebut.

Ibu hamil dengan pendidikan SLTA ke atas mempunyai hubungan signifikan dengan prevalensi rasio 1,25 kali lebih banyak mendapatkan Frekuensi pelayanan ANC  $\geq 4$  kali oleh tenaga kesehatan (90,1%) dibandingkan ibu hamil dengan pendidikan SLTA ke bawah (72,1%). Demikian status ekonomi ibu di kuintil 3, 5 mempunyai prevalensi Rasio 1,21 kali lebih banyak frekuensi mendapatkan akses pelayanan ANC  $\geq 4$  kali ke tenaga kesehatan dibandingkan ibu hamil dengan status ekonomi di kuintil 1,2.

Diperlukan peningkatan komitmen pemerintah daerah, lintas sektor, NGO's dan stakeholder politik dalam peningkatan aksesibilitas pelayanan antenatal care terutama sosialisasi pada kelompok remaja agar kelak menjadi remaja dewasa yang bertanggung jawab dengan mempersiapkan

jumlah anak dan jarak kehamilan yang sehat. Remaja ini diharapkan mempunyai akses yang cukup untuk memperoleh pengetahuan tentang pentingnya perawatan selama kehamilan, perawatan pascanifas dan kesehatan reproduksi dengan demikian nantinya mempunyai kebiasaan pola perawatan pelayanan kesehatan reproduksi, antenatal care dan perawatan pascanifas ke fasilitas kesehatan. Dengan demikian diharapkan dapat di cegah sedini mungkin penyulit persalinan dan persiapan rujukan, sehingga di harapkan dapat menurunkan angka kematian ibu bersalin.

## Profil Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Niniek Lely Priatiwi, Hari Basuki

### PENDAHULUAN

Respons, aksesibilitas dan pencarian pertolongan terutama dari wanita miskin terhadap sistem pelayanan kehamilan dan persalinan yang diberikan KIA memang sudah patut dipertanyakan untuk ditinjau kelayakannya sebagai salah satu strategi yang diandalkan dalam menurunkan tingkat kematian maternal. Begitu juga, setelah mengamati fakta yang menunjukkan adanya kompleksitas pelayanan yang serba rumit dan dilematis. Pada satu sisi pelayanan KIA berperan memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi tetapi di sisi lain fungsi sebagai pemberi pelayanan dengan penyakit jenis lain juga dilakukan, kondisi tersebut pantas dicermati. Pengamatan fakta di lapangan sering teramati bahwa seorang ibu yang mengalami pendarahan parah menjelang persalinan akhirnya meninggal karena terlambat mendapat pertolongan medis dan BKIA. Hal tersebut seringkali disebarkan petugas sibus melayani pasien lain atau sulitnya mendapatkan sarana transportasi yang kurang memadai dengan medan yang sulit. Gambaran ini semakin terasa terutama di daerah jauh dari kabupaten, kota, terutama daerah terpencil, daerah dengan IPKM rendah.

Pertolongan persalinan oleh petugas kesehatan terlatih, pola penyebab kematian di atas menunjukkan bahwa pelayanan obstetrik dan neonatal darurat serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih menjadi sangat penting dalam upaya penurunan kematian ibu.

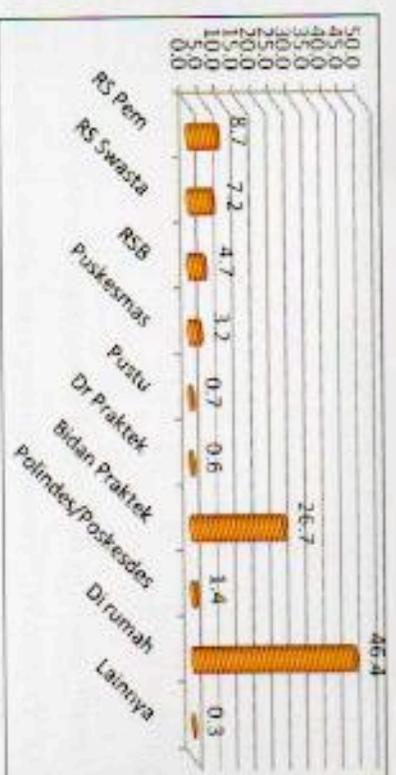
Walaupun sebagian besar perempuan bersalin di rumah, tenaga kesehatan terlatih dapat membantu mengenali kegawatmadian medis dan membantu keluarga untuk mencari perawatan darurat.

Proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih terus meningkat dari 40,7% pada 1992 menjadi 68,4% pada 2007. Akan tetapi, proporsi ini bervariasi antar provinsi dengan Sulawesi Tenggara sebagai yang terendah, yaitu 35%, dan DKI Jakarta yang tertinggi, yaitu 96% pada 2008. Proporsi ini juga berbeda cukup jauh mengikuti tingkat pendapatan (SDKI 2007, Riskesdas 2010).

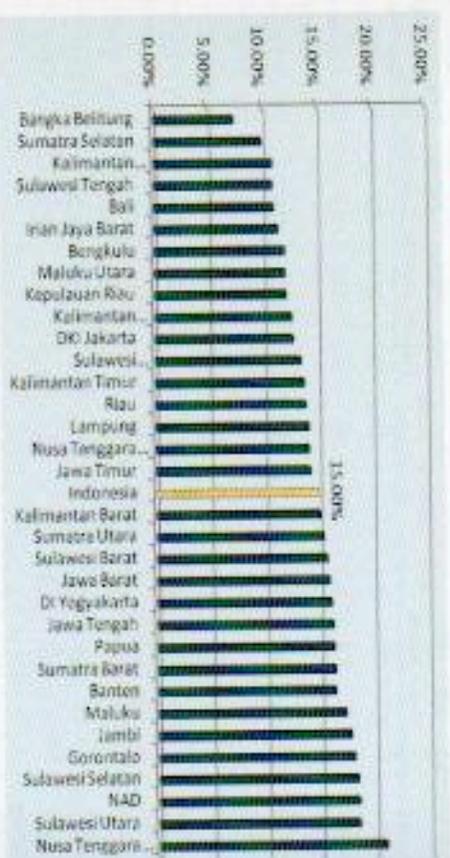
Sampai saat ini angka kejadian persalinan prematur relatif tidak berubah dalam 40 tahun terakhir, padahal berbagai upaya pencegahan terus dilakukan melalui berbagai cara. Pada umumnya pencegahan persalinan prematur dapat dilakukan melalui tiga jenis upaya yaitu pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier. Pencegahan primer, yaitu pencegahan melalui pendekatan pada faktor risiko untuk terjadinya persalinan prematur, faktor yang sering menimbulkan risiko kejadian persalinan prematur adalah merokok, mengonsumsi obat-obatan dan alkohol, serta faktor nutrisi (Yusuf, 2010).

Upaya menurunkan tingkat kejadian kelahiran prematur dan meningkatkan kualitas hidup bayi prematur di Indonesia melalui upaya terintegrasi di tingkat pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier. Angka kematian ibu dan bayi yang masih tinggi disebabkan oleh persalinan prematur. Di negara berkembang, termasuk di Indonesia, angka kejadian persalinan prematur dan angka kematian bayi prematur masih cukup tinggi. Selain menyebabkan kematian, apabila bayi terus hidup tetap akan didera dengan berbagai morbiditas, seperti kelainan dan infeksi. Aspek lain yang perlu diperhatikan adalah angka kematian pernatal, yaitu kematian bayi mulai usia kehamilan 28 minggu sampai satu bulan pascamelahirkan yang tetap masih tinggi. Tingginya angka kematian perinatal ini di dominasi oleh bayi-bayi prematur sebanyak 70%, dan kejadian persalinan prematur di dunia masih cukup tinggi berkisar antara 10–20% (tambahnya).

Pencegahan sekunder yaitu pada tahap gejala klinis belum tampak nyata, tetapi proses secara patologis sudah berjalan, upaya pencegahan pada tahap ini dapat menghambat atau menghentikan proses patologis supaya tidak berkembang. Pencegahan tersier yaitu upaya pencegahan persalinan prematur pada saat gejala secara klinis sudah nyata didapatkan. Pada tahap ini ditujukan untuk memperpanjang masa kehamilan dengan maksud memberikan kesempatan untuk memperbaiki kualitas janin dan mempersiapkan persalinan yang memadai.



Gambar 3.1 Proporsi WUS berdasarkan tempat pertolongan persalinan, Riskesdas tahun 2010



Gambar 3.2 Proporsi WUS dengan usia (35-39 T1) saat melahirkan anak

Perawatan bayi yang lahir prematur membutuhkan biaya yang tinggi, Di Indonesia belum ada upaya yang terintegrasi untuk menurunkan angka kejadian persalinan prematur dengan tujuan menurunkan angka kematian perinatal. Upaya yang sudah dilakukan saat ini adalah dengan merawat bayi yang lahir prematur dengan risiko biaya yang tinggi dan tetap mempunyai tingkat morbiditas dan mortalitas tinggi. Untuk diketahui, di Amerika Serikat rata-rata perawatan bayi prematur memerlukan biaya sekitar USD 75.000 atau setara dengan 675 juta rupiah (Yusuf, 2010).

## Berbagai Gambaran Profil Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Berikut akan kami sajikan beberapa gambaran tempat dan penolong persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan terutama penolong persalinan yang pada umumnya digunakan oleh wanita usia subur, dan pemeriksaan persalinan pascamfas yang dapat disimak pada beberapa tabel gambar berikut.

### Profil Health Seeking Behavior Pertolongan Persalinan

Tabel 3.1 Proporsi WUS berdasarkan tempat pertolongan persalinan, Riskesdas tahun 2010

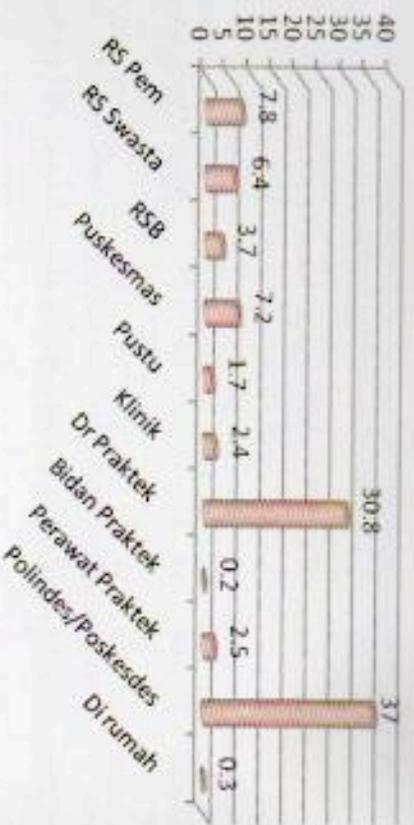
Provinsi	Tempat pertolongan persalinan									
	RS Pam Swasta	RS RSB	RSB Padeswas	Pustu Pustu	Dr Praktik	Bidan Praktik	Pakdesas Padeswas	rumah Praktik	IX Lainnya	IX Lainnya
NAD	7,2	7,0	3,2	2,3	1,1	0,5	26,2	0,5	51,5	0,7
Sumatra	4,7	7,4	2,5	0,5	0,6	0,5	21,2	1,9	60,5	0,3
Ulara										
Sumatra Barat	11,2	3,7	5,1	1,9	3,7	1,6	44,3	2,3	25,6	0,5
Riau	6,8	5,3	6,1	0,3	1,0	0,7	31,7	0,3	47,5	0,2
Jambi	6,3	5,4	5,4	1,6	0,3	0,3	22,5	0,0	57,8	0,3
Sumatra Selatan	7,6	5,5	4,0	1,2	0,3	0,9	36,7	0,9	42,3	0,5
Bengkulu	8,1	4,1	1,5	3,0	0,0	0,5	13,7	0,0	68,5	0,5
Lampung	3,9	3,9	5,1	1,8	0,2	0,8	34,7	0,0	49,4	0,2
Bangka	16,1	4,9	0,5	0,5	0,5	3,4	31,2	2,9	40,0	0,0
Belitung										
Kepulauan Riau	17,4	14,0	6,0	1,3	0,4	2,1	41,3	1,3	16,2	0,0
DKI Jakarta	10,7	21,4	12,5	5,7	0,3	0,5	42,4	0,0	6,2	0,3
Jawa Barat	7,3	7,0	3,9	1,5	0,1	0,6	29,4	0,4	49,4	0,4
Jawa Tengah	8,5	7,4	9,6	1,2	0,1	1,1	38,3	0,3	33,4	0,0
DI Yogyakarta	16,7	19,3	14,6	4,7	0,0	0,5	40,1	0,5	3,6	0,0
Jawa Timur	7,9	10,9	6,5	3,6	1,2	1,1	48,9	3,0	16,5	0,5
Banten	3,9	6,1	6,3	1,3	0,1	0,4	29,8	0,0	52,0	0,1
Bali	16,1	17,6	2,6	3,7	3,7	0,0	42,7	2,2	9,4	1,9
Nusa Tenggara Barat	10,3	1,0	0,6	24,2	0,6	0,0	6,9	14,3	41,0	1,0

### Tempat pertolongan persalinan

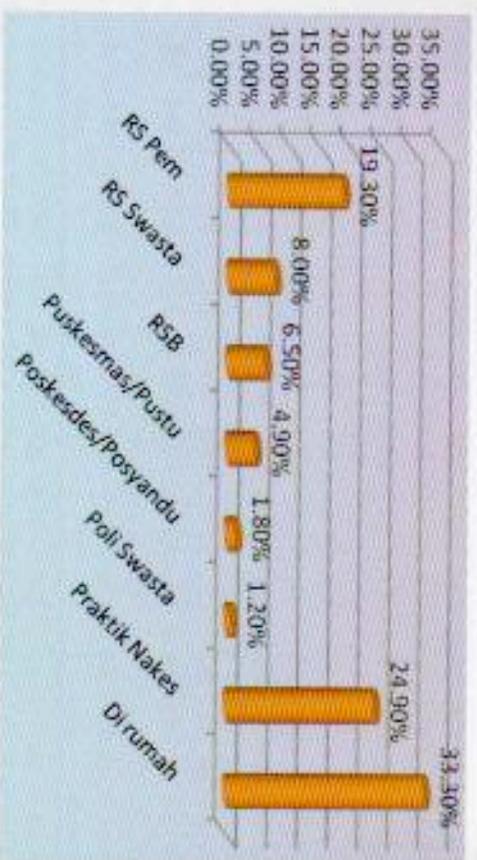
Provinsi	Tempat pertolongan persalinan									
	RS Pam Swasta	RS RSB	RSB Padeswas	Pustu Pustu	Dr Praktik	Bidan Praktik	Pakdesas Padeswas	rumah Praktik	IX Lainnya	IX Lainnya
Nusa Tenggara Timur	9,8	1,4	1,2	5,1	3,1	0,4	4,1	9,4	65,0	0,6
Kalimantan Barat	5,7	6,2	3,8	1,3	0,0	0,0	17,3	0,8	65,0	0,0
Kalimantan Tengah	6,0	0,7	3,4	1,3	0,0	0,7	8,1	0,0	79,9	0,0
Kalimantan Selatan	13,1	3,4	1,7	2,0	0,0	0,0	12,0	0,3	67,2	0,3
Kalimantan Timur	17,8	9,4	7,0	7,8	0,8	0,0	14,1	0,3	42,6	0,3
Sulawesi Utara	21,2	17,1	2,4	10,0	1,2	0,6	10,6	0,6	35,9	0,6
Sulawesi Tengah	6,0	5,2	1,1	1,5	0,4	0,0	3,4	0,0	82,5	0,0
Sulawesi Selatan	12,8	5,5	3,9	7,0	2,3	0,0	11,1	0,5	56,9	0,0
Sulawesi Tenggara	2,5	1,8	0,7	1,8	0,0	0,7	0,4	0,0	91,6	0,4
Gorontalo	11,6	2,3	4,6	4,6	0,0	0,6	4,0	2,3	69,4	0,6
Sulawesi Barat	7,1	2,5	0,5	2,5	1,0	0,0	4,0	0,0	82,3	0,0
Maluku	10,8	4,3	0,5	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	81,6	0,0
Maluku Utara	8,1	7,3	1,2	2,3	0,0	0,0	0,6	0,0	85,5	0,0
Irian Jaya Barat	15,2	3,5	1,3	8,2	0,0	0,0	2,6	0,9	68,4	0,0
Papua Indonesia	14,7	7,4	1,1	9,8	0,0	1,4	2,1	0,0	62,3	1,1
	8,7	7,2	4,7	3,2	0,7	0,6	26,7	1,4	46,4	0,3

Proporsi WUS dalam perilaku pencarian pertolongan persalinan di rumah pada umumnya terjadi pada hampir seluruh provinsi, namun beberapa provinsi seperti DKI Jakarta (6,2%), DI Yogyakarta (3,6%) dan Bali (9,4%) persentase persalinan dilakukan di rumah kecil sekali. Pada ke tiga provinsi tersebut lebih didominasi pertolongan persalinan ke bidan praktik (42,4%, 40,1%, 42,7%).

Berdasarkan gambar grafik di atas ternyata proporsi WUS dengan perilaku pencarian pertolongan persalinan lebih banyak di rumah 46,4%, di bidan praktik 26,7%, rumah sakit pemerintah 8,7%, rumah sakit swasta 7,2%, Ternyata yang memanfaatkan polindes hanya 1,4%



Gambar 3.3 Proporsi WUS berdasarkan tempat pertolongan persalinan, Riskesdas tahun 2010



Gambar 3.4 Proporsi WUS Berdasarkan Tempat Pemeriksaan Neonatus Kesehatan setelah Melahirkan, Riskesdas tahun 2010

Terlihat bahwa Proporsi Ibu yang melahirkan anak terakhir pada Usia 35-39 tahun rerata nasional 15%, provinsi proporsi tertinggi adalah Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Utara, NAD dan Sulawesi Selatan.

## Tempat Pemeriksaan Neonatus

Tabel 3.2 Proporsi WUS berdasarkan tempat pemeriksaan kesehatan setelah melahirkan, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Tempat Pemeriksaan Kesehatan setelah melahirkan											
	RS Pem Swasta	RS	RSI	Rubansu	Pustu	Klinik	Dr Praktek	Bidan Praktek	Perawat Praktek	Polindes/Poskesdes	Di rumah	DKI
NAD	7.2	4.4	2.5	4.7	0.3	4.1	14.5	0.3	0.9	60.7	0.3	0.3
Sumselera	4.4	5.0	1.2	3.1	0.4	2.1	28.1	0.0	2.7	52.6	0.4	0.4
Utara												
Sumselera	6.5	3.8	2.7	10.3	0.7	3.4	43.8	0.0	5.1	22.3	1.4	1.4
Barat												
Riau	8.4	3.9	4.2	2.6	0.8	2.4	31.2	0.3	1.8	44.5	0.0	0.0
Banbel	6.0	6.8	1.7	4.7	0.9	1.7	23.9	0.0	0.4	53.8	0.0	0.0
Sumselera	5.9	4.3	3.2	3.2	0.5	2.4	38.9	0.3	3.5	37.9	0.0	0.0
Selatan												
Bengkulu	4.7	0.8	0.8	3.1	1.6	1.6	16.3	0.8	0.8	69.8	0.0	0.0
Lampung	1.2	4.4	3.1	7.2	3.1	1.9	37.7	0.3	0.0	41.1	0.0	0.0
Bengkas	13.5	5.4	2.0	2.7	0.0	5.4	27.0	0.0	6.8	36.5	0.7	0.7
Bekitang												
Kepulauan	15.9	17.2	3.8	3.8	1.3	4.5	33.8	0.0	1.3	18.5	0.0	0.0
Riau												
DKI Jakarta	10.1	21.9	8.2	9.1	0.2	1.3	46.7	0.0	0.0	2.5	0.0	0.0
Jawa Barat	5.2	5.7	3.6	4.9	2.1	2.6	37.2	0.1	0.9	37.2	0.4	0.4
Jawa Tengah	6.5	5.8	5.8	2.7	0.6	2.6	36.6	0.5	1.6	37.1	0.2	0.2
DI Yogyakarta	14.1	14.7	9.4	7.6	0.0	2.4	43.5	1.2	1.2	5.9	0.0	0.0
Jawa Timur	5.7	7.4	5.2	6.0	1.3	2.7	46.1	0.2	4.1	20.8	0.5	0.5
Banten	3.1	6.5	6.1	2.8	4.1	2.0	41.1	0.2	0.0	33.7	0.4	0.4
Bali	14.8	13.4	2.4	12.0	0.0	6.2	45.5	0.0	1.0	3.8	1.0	1.0
Nusa Tenggara Barat	9.8	1.1	0.3	25.7	5.5	0.8	6.0	0.3	16.7	33.9	0.0	0.0
Nusa Tenggara Timur												
Nusa Tenggara Barat	10.6	1.6	0.8	21.7	7.9	2.0	5.9	0.0	17.3	31.9	0.4	0.4
Tenggara												
Kalimantan Barat	6.5	8.6	3.2	7.5	0.5	0.0	26.9	0.5	3.2	43.0	0.0	0.0
Kalimantan Tengah	8.4	0.5	1.5	6.4	0.0	2.5	16.3	0.0	2.5	61.9	0.0	0.0
Kalimantan Selatan	12.2	4.6	1.5	2.7	0.8	1.1	15.3	0.0	1.1	60.3	0.4	0.4
Kalimantan Utara	16.5	5.0	8.7	15.3	2.5	3.7	21.9	0.4	0.4	25.6	0.0	0.0
Timur												
Sulawesi Utara	26.0	17.9	0.0	13.8	0.8	3.3	10.6	0.8	2.4	21.6	0.8	0.8

Bab 3 - Profil Asesmentalan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Provinsi	Tempat Pemeriksaan Kesehatan setelah melahirkan										
	RS Ivan Sarda	RS Sarda	RSI Sarda	Puskesmas Sarda	Pustu Klinik	DK Pusdik	UKM Pusdik	Pusdik Pusdik	Pusdik Pusdik	DK Pusdik	DK Pusdik
Sulawesi Tengah	48	6,0	0,6	11,4	0,0	0,0	5,4	0,0	0,6	71,3	0,0
Sulawesi Selatan	137	5,6	2,2	18,1	1,0	1,0	15,6	0,0	0,2	42,3	0,2
Sulawesi Tenggara	2,0	4,0	0,7	6,0	6,7	1,3	4,7	0,0	0,7	74,0	0,0
Coronaha	9,3	0,0	7,0	16,3	4,7	3,5	4,7	0,0	4,7	30,0	0,0
Sulawesi Barat	6,2	0,7	0,7	15,1	1,4	0,0	7,5	2,1	0,0	66,4	0,0
Maluku	11,8	4,3	1,1	11,8	5,4	0,0	2,2	0,0	1,1	62,4	0,0
Maluku Utara	20,9	6,0	0,0	4,5	6,0	1,5	1,5	0,0	3,0	36,7	0,0
Irian Jaya Barat	23,3	6,7	5,6	12,2	2,2	4,4	3,3	0,0	1,1	38,9	2,2
Papua Barat Indonesia	22,1	10,7	1,5	14,5	6,1	2,3	9,2	0,0	1,5	31,3	0,8
	7,8	6,4	3,7	7,2	1,7	2,4	30,8	0,2	2,5	37,0	0,3

Tempat pemeriksaan kesehatan setelah melahirkan sebagian besar WUS melakukannya di polindes/puskedes rerata nasional 37,0% di hampir seluruh provinsi di Indonesia, kecuali provinsi DKI Jakarta pemantauan polindes/puskedes hanya 2,5%, DI Jogjakarta 5,9% dan provinsi Bali 3,8%, Jawa timur 20,8% dan kepulauan Riau 18,5% (Tabel 3.2).

Pada gambar di atas terlihat bahwa dominasi tempat pemeriksaan kesehatan setelah melahirkan adalah polindes/puskedes 37,0%, bidan praktik 30,8%, rumah sakit pemerintah 7,8% dan puskesmas 7,2%.

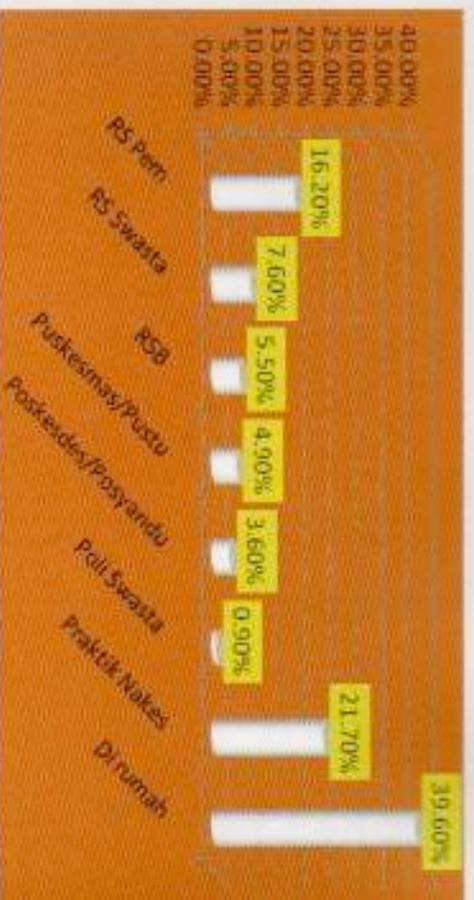
Proporsi WUS menurut tempat pemeriksaan Neonatus 6-48 jam (2 hari) setelah lahir pada umumnya proporsi terbanyak di rumah 33,3%, praktik nakes 24,9% dan di rumah sakit pemerintah 19,3%.

**Tabel 3.3** Proporsi WUS Berdasarkan Tempat Pemeriksaan Neonatus Kesehatan setelah Melahirkan, Riskeddas tahun 2010

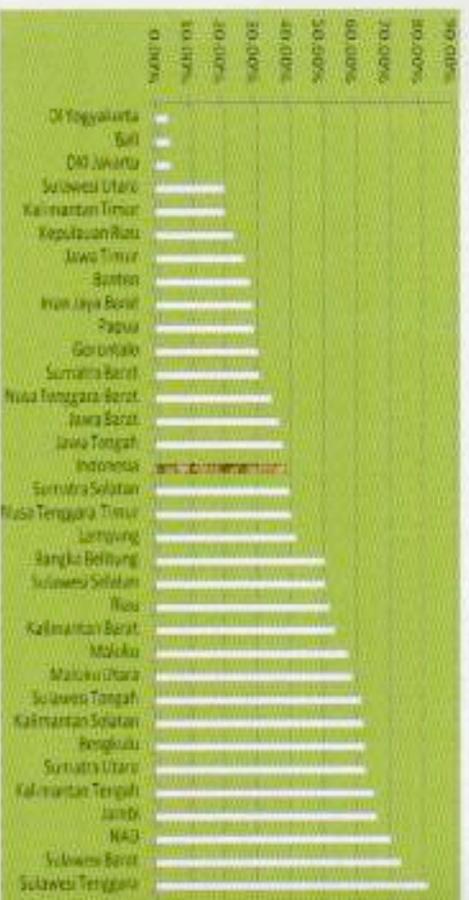
Provinsi	Tempat Pemeriksaan Neonatus 6-48 jam setelah lahir									
	RS Ivan Sarda	RS Sarda	RSI Sarda	Puskesmas/ Pustu	Puskesmas/ Pustu	DK Pusdik	UKM Pusdik	Pusdik Pusdik	DK Pusdik	DK Pusdik
NAD	16,1	7,0	3,8	1,9	1,6	1,3	14,2	54,1		
Sumatra Utara	17,7	6,6	3,9	1,3	1,3	1,0	15,8	52,5		
Sumatra Barat	24,6	3,8	6,1	6,1	4,2	2,2	39,0	14,1		
Riau	14,7	4,4	10,1	1,5	0,7	1,0	25,3	42,3		
Jambi	15,7	7,2	5,1	3,8	0,4	0,9	20,4	46,4		

Sumatra Selatan	20,3	8,0	7,3	1,8	2,5	3,3	26,8	30,1		
Bengkulu	11,8	2,1	2,8	2,1	0,7	0,7	14,6	65,3		
Lampung	8,3	4,6	8,6	2,6	1,1	1,1	33,9	39,7		
Bangka Belitung	22,3	5,7	1,3	1,3	5,7	0,6	31,2	31,8		
Kepulauan Riau	36,9	13,7	6,3	2,3	1,7	1,7	36,6	10,9		
DKI Jakarta	16,9	20,1	15,1	7,4	1,2	1,4	34,0	3,8		
Jawa Barat	16,9	8,2	5,8	2,4	1,4	0,9	29,7	34,6		
Jawa Tengah	16,5	7,8	11,2	1,6	0,9	1,3	31,0	29,7		
DI Yogyakarta	25,8	17,0	12,6	4,4	0,5	2,7	34,6	2,2		
Jawa Timur	17,5	10,3	7,2	5,9	2,4	1,5	39,0	16,2		
Banten	14,0	8,8	12,7	1,7	0,4	0,9	37,4	24,1		
Ibali	32,3	16,1	2,2	5,4	2,2	2,7	37,7	1,3		
Nusa Tenggara Barat	19,6	2,2	0,3	29,6	10,8	0,3	5,5	31,8		
Nusa Tenggara Timur	28,8	4,7	2,8	17,0	5,7	1,4	3,8	35,8		
Kalimantan Barat	17,9	7,0	6,0	3,5	1,5	1,5	15,4	47,3		
Kalimantan Tengah	20,5	0,6	4,2	1,8	0,0	1,2	12,7	59,0		
Kalimantan Selatan	28,1	3,4	1,5	1,9	0,7	0,7	10,1	53,6		
Kalimantan Timur	30,7	9,7	7,9	10,5	0,4	0,7	15,5	24,5		
Sulawesi Utara	41,4	14,3	3,0	12,0	2,3	0,8	10,5	15,8		
Sulawesi Tengah	15,0	5,2	2,0	5,9	0,7	0,7	3,3	67,3		
Sulawesi Selatan	19,7	7,3	3,2	11,7	1,0	0,2	13,1	43,9		
Sulawesi Tenggara	7,0	2,8	0,0	3,5	0,0	0,0	2,8	83,9		
Coronaha	34,8	2,4	5,9	9,4	7,1	0,0	3,5	40,0		
Sulawesi Barat	17,1	4,1	0,8	2,4	0,0	0,0	4,9	70,7		
Maluku	32,5	6,3	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	38,8		
Maluku Utara	33,9	7,1	0,0	5,4	1,8	0,0	0,0	51,8		
Irian Jaya Barat	46,0	5,7	0,0	11,5	2,3	0,0	2,3	32,2		
Papua Indonesia	40,6	11,2	1,4	13,3	2,1	1,4	4,2	25,9		
	19,3	8,0	6,5	4,9	1,8	1,2	24,9	33,3		

Dari gambar di atas terlihat bahwa proporsi WUS menurut tempat pemeriksaan Neonatus 6-48 jam (2 hari) setelah lahir pada umumnya proporsi terbanyak di rumah 33,3%, praktik nakes 24,9% dan di rumah sakit pemerintah 19,3%.



Gambar 3.5 Proporsi WUS berdasarkan tempat pemeriksaan neonatus 3-7 hari setelah melahirkan, Riskesdas tahun 2010



Gambar 3.6 Proporsi WUS berdasarkan tempat pemeriksaan neonatus 3-7 hari setelah melahirkan menurut provinsi, Riskesdas tahun 2010

Tabel 3.4 Proporsi WUS berdasarkan tempat pemeriksaan neonatus 3-7 hari setelah melahirkan, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Tempat Pemeriksaan Neonatus 3-7 hari setelah lahir									
	RS Pem	RS Swasta	RSB	Puskesmas/ Pustu	Poskades/ Posyandu	Polik Swasta	Praktik Nakes	Di rumah		
NAD	13.50%	5.60%	2.30%	1.30%	1.30%	1.30%	0.30%	4.60%	71.10%	
Sumatra Utara	16.90%	5.40%	2.50%	0.90%	0.30%	0.90%	0.90%	9.60%	63.60%	
Sumatra Barat	22.60%	1.30%	6.60%	4.90%	5.80%	1.80%	25.30%	31.80%		
Riau	16.30%	5.30%	6.20%	1.10%	1.40%	0.40%	16.30%	52.50%		
Jambi	10.50%	9.90%	1.10%	1.20%	0.60%	0.00%	9.40%	66.90%		
Sumatra Selatan	21.10%	6.40%	6.80%	7.50%	2.90%	2.10%	12.90%	40.40%		
Bengkulu	11.00%	1.80%	1.80%	1.80%	3.20%	0.00%	16.50%	63.30%		
Lampung	6.50%	5.00%	9.20%	4.30%	7.20%	1.10%	23.20%	42.40%		
Bangka Belitung	20.30%	5.80%	1.00%	0.00%	4.80%	0.00%	17.30%	51.00%		
Kepulauan Riau	16.80%	16.80%	5.80%	2.90%	2.20%	0.00%	32.10%	23.40%		
DI Yogyakarta	14.80%	19.20%	15.00%	8.30%	1.90%	1.40%	34.50%	4.40%		
Jawa Barat	13.20%	7.10%	5.10%	3.50%	4.10%	0.20%	29.20%	37.10%		
Jawa Tengah	13.20%	7.90%	7.40%	2.60%	1.90%	1.10%	27.40%	36.40%		
DI	18.90%	14.60%	11.60%	7.90%	0.60%	2.40%	40.20%	3.20%		
Yogyakarta	13.30%	7.90%	6.20%	5.90%	4.30%	1.50%	34.30%	26.20%		
Banten	13.60%	8.60%	10.20%	2.80%	1.60%	0.20%	33.60%	28.20%		
Bali	33.90%	13.10%	0.60%	8.30%	1.80%	2.40%	35.20%	4.20%		
Nusa Tenggara Barat	19.20%	1.60%	0.00%	19.60%	21.60%	0.00%	2.90%	35.10%		
Nusa Tenggara Timur	18.40%	4.60%	2.00%	19.20%	10.50%	0.20%	3.20%	40.80%		
Kalimantan Barat	14.90%	6.50%	7.10%	5.00%	2.40%	1.80%	10.10%	54.20%		
Kalimantan Tengah	17.00%	0.20%	2.20%	2.00%	1.40%	0.20%	9.50%	66.00%		
Kalimantan Selatan	23.30%	2.20%	0.90%	3.10%	1.90%	1.30%	4.00%	62.80%		
Kalimantan Timur	29.50%	11.10%	7.80%	10.60%	1.80%	0.90%	17.50%	20.20%		

Provinsi	Tempat Pemeriksaan Neonatus 3-7 hari setelah lahir									
	RS Pusat	RS Swasta	RSB	Puskesmas/ Pustu	Puskesmas/ Posyandu	Poliklinika Swasta	Praktik Nakes	Praktik rumah	Di rumah	Di rumah
Sulawesi Utara	36,30%	10,80%	2,00%	16,70%	5,90%	0,00%	7,80%	20,60%		
Sulawesi Tengah	17,80%	7,80%	2,20%	4,90%	2,20%	0,00%	3,30%	62,20%		
Sulawesi Selatan	17,30%	9,20%	2,80%	7,40%	4,20%	0,00%	8,10%	51,10%		
Sulawesi Tenggara	7,60%	2,50%	0,00%	0,80%	5,10%	0,00%	1,70%	82,20%		
Gorontalo	25,50%	5,50%	5,50%	12,70%	18,20%	0,00%	1,80%	30,90%		
Sulawesi Barat	15,70%	2,20%	0,00%	2,20%	4,50%	0,00%	1,10%	74,20%		
Maluku Utara	24,30%	6,80%	0,00%	8,10%	1,40%	0,00%	1,40%	58,10%		
Irian Jaya Barat	27,00%	5,40%	0,00%	0,00%	8,10%	0,00%	0,00%	59,50%		
Papua	51,00%	13,70%	0,00%	2,00%	2,00%	0,00%	2,00%	29,40%		
Indonesia	33,30%	14,40%	1,80%	11,70%	1,80%	0,90%	6,30%	29,70%		
	16,20%	7,60%	5,90%	4,90%	3,60%	0,90%	21,70%	39,60%		

Proporsi WUS menurut tempat pemeriksaan Neonatus 3-7 hari setelah lahir secara rerata nasional proporsi terbanyak di rumah 39,6%, praktik nakes 21,7% dan di rumah sakit pemerintah 16,2%, hal ini hampir sama di seluruh provinsi bahwa kebiasaan WUS pemeriksaan neonates 3-7 hari dilakukan di rumah (tabel 3.4). Karena secara budaya di hampir seluruh provinsi bahwa seorang ibu nifas pantang keluar rumah sebelum umur bayi 40 hari (lihat gambar di bawah ini).

Dari gambar di atas terlihat bahwa proporsi WUS menurut tempat pemeriksaan Neonatus 3-7 hari setelah lahir pada umumnya proporsi terbanyak di rumah 33,3%, praktik nakes 24,9% dan di rumah sakit pemerintah 19,3%.

Proporsi WUS menurut tempat pemeriksaan Neonatus 3-7 hari setelah lahir pada umumnya proporsi terbanyak di rumah 33,3%, praktik nakes 24,9% dan di rumah sakit pemerintah 19,3%.

Proporsi WUS dengan Pemeriksaan neonatus 3-7 hari setelah lahir, provinsi yang berada di atas rerata nasional yaitu provinsi Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, NAD, Jambi dan Kalimantan Tengah dan provinsi Sumatera Utara.

Tabel 3.5 Proporsi WUS berdasarkan tempat pemeriksaan neonatus 8-28 hari setelah melahirkan, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Tempat Pemeriksaan Neonatus 8-28 hari setelah lahir									
	RS Pusat	RS Swasta	RSB	Puskesmas/ Pustu	Puskesmas/ Posyandu	Poliklinika Swasta	Praktik Nakes	Praktik rumah	Di rumah	Di rumah
NAD	15,10%	2,50%	1,70%	3,40%	3,40%	0,80%	12,60%	60,50%		
Sumatra Utara	16,80%	4,60%	2,50%	3,80%	2,10%	1,70%	18,90%	49,60%		
Sulawesi Utara	18,90%	2,00%	2,00%	11,90%	36,20%	1,40%	29,10%	18,90%		
Sumatera Barat	12,20%	8,50%	9,80%	8,50%	7,30%	0,00%	17,10%	36,60%		
Riau	6,60%	8,20%	0,00%	11,90%	24,60%	0,00%	13,10%	36,10%		
Jambi	19,00%	9,20%	4,90%	14,10%	9,20%	5,60%	11,30%	26,80%		
Sumatra Selatan	8,30%	2,10%	0,00%	4,20%	16,70%	2,10%	35,40%	31,30%		
Bengkulu	2,90%	5,30%	8,90%	13,90%	23,50%	0,60%	26,50%	18,80%		
Lampung	25,00%	4,70%	0,00%	7,80%	6,30%	1,60%	23,40%	31,30%		
Bangka Belitung	13,20%	17,60%	2,90%	8,80%	17,60%	1,90%	26,50%	11,80%		
Kepulauan Riau	13,00%	21,50%	12,70%	10,30%	4,70%	2,40%	32,70%	2,70%		
DKI Jakarta	9,60%	7,50%	4,70%	6,30%	14,20%	0,80%	36,70%	20,10%		
Jawa Barat	9,00%	6,20%	7,40%	6,20%	12,10%	1,40%	33,80%	23,90%		
Jawa Tengah	12,20%	10,30%	8,30%	14,70%	1,90%	3,20%	46,80%	2,60%		
Yogyakarta	10,30%	7,20%	5,70%	10,80%	13,90%	1,50%	33,60%	17,30%		
Jawa Timur	15,60%	10,00%	13,20%	3,70%	5,20%	2,20%	39,30%	10,70%		
Banten	26,40%	7,60%	0,00%	12,50%	3,50%	2,80%	43,80%	3,50%		
Bali	7,40%	0,90%	0,00%	15,80%	53,20%	1,00%	2,00%	20,20%		
Nusa Tenggara Barat	17,60%	1,70%	0,80%	26,10%	26,10%	0,80%	4,20%	22,70%		
Nusa Tenggara Timur	6,50%	5,20%	6,50%	14,30%	7,80%	5,20%	9,10%	45,50%		
Kalimantan Barat	7,70%	5,10%	5,10%	30,80%	7,70%	2,60%	12,80%	28,20%		
Kalimantan Tengah	13,00%	1,40%	0,00%	13,00%	27,50%	1,40%	5,80%	37,70%		
Kalimantan Selatan	26,30%	9,90%	6,60%	18,40%	8,60%	2,00%	19,70%	8,60%		
Kalimantan Timur										

Provinsi	Tempat Pemeriksaan Neonatus 8-28 hari setelah lahir									
	RS Pem	RS Swasta	RSB	Puskesmas/ Pustu	Pokkesdes/ Posyandu	Poli Swasta	Praktik Nakes	Praktik Di rumah	Di rumah	Di rumah
Sulawesi Utara	20,60%	4,80%	3,20%	22,20%	31,20%	0,00%	6,30%	11,10%		
Sulawesi Tengah	14,60%	2,40%	0,00%	14,60%	26,80%	2,40%	7,20%	31,20%		
Sulawesi Selatan	9,20%	4,20%	0,00%	16,40%	28,60%	0,00%	10,20%	30,20%		
Sulawesi Tenggara	3,20%	0,00%	0,00%	3,20%	16,10%	0,00%	1,60%	75,80%		
Garontalo	14,60%	4,90%	4,90%	12,20%	41,50%	2,40%	2,40%	17,10%		
Sulawesi Barat	36,80%	5,30%	0,00%	10,50%	15,80%	0,00%	5,30%	26,30%		
Maluku	27,60%	2,80%	0,00%	22,20%	16,20%	0,00%	0,00%	30,60%		
Maluku Utara	16,00%	4,00%	0,00%	0,00%	36,00%	0,00%	0,00%	44,00%		
Irian Jaya Barat	53,80%	10,30%	0,00%	5,10%	23,10%	0,00%	5,10%	2,60%		
Papua	29,20%	5,30%	1,30%	17,30%	24,00%	0,00%	8,00%	14,20%		
Indonesia	12,80%	7,30%	5,20%	9,80%	14,40%	1,90%	27,40%	21,60%		

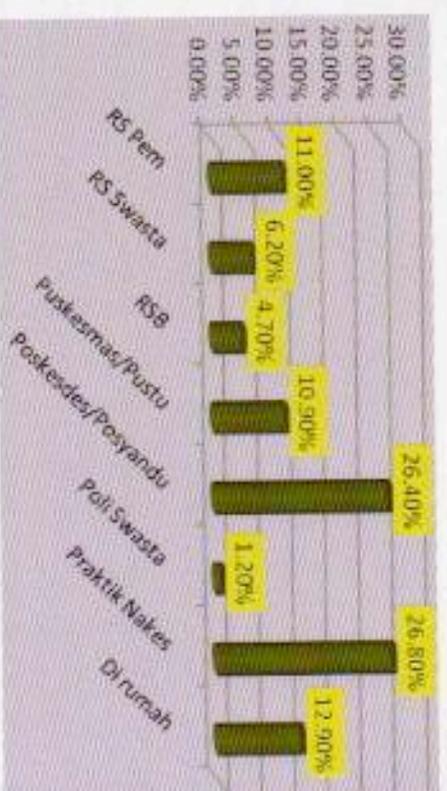
Proporsi WUS menurut tempat pemeriksaan Neonatus 8-28 hari setelah lahir secara rerata nasional proporsi terbanyak di praktik Nakes 27,46%, di rumah 21,6%, di poskesdes/posyandu 14,4% dan di rumah sakit pemerintah 12,8% (Tabel 3.5). Hal ini hampir sama di seluruh provinsi bahwa kebiasaan WUS pemeriksaan neonates 8-28 hari di lakukan praktik nakes. Kecuali provinsi Papua, Irian Jaya barat, Maluku Utara, Sulawesi Barat dan Maluku masih lebih dominan dilakukan di rumah, Pada daerah ini pada usia bayi 8-28 hari secara budaya bahwa seorang ibu nifas pantang keluar rumah sebelum umur bayi 40 hari (lihat gambar 3.7).

Dari gambar di atas terlihat bahwa proporsi WUS menurut tempat pemeriksaan Neonatus 8-28 hari setelah lahir pada umumnya proporsi terbanyak di rumah 21,6%, praktik nakes 27,4%, poskesdes/posyandu 14,4% dan di rumah sakit pemerintah 12,8%.

Proporsi WUS dengan tempat pemeriksaan Neonatus >28 hari setelah lahir lebih banyak dilakukan di praktik Nakes, di poskesdes/posyandu 26,4%, terdapat perubahan pola dengan pemeriksaan neonates 3-7 hari (Grafik 3.8).



Gambar 3.7 Proporsi WUS Berdasarkan Tempat Pemeriksaan Neonatus 8-28 hari setelah Melahirkan, Riskesdas tahun 2010



Gambar 3.8 Proporsi WUS berdasarkan tempat pemeriksaan kesehatan bayi (>28 hari) setelah melahirkan, Riskesdas tahun 2010

Tabel 3.6 Proporsi WUS berdasarkan tempat pemeriksaan kesehatan bayi (>28 hari) setelah melahirkan, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Tempat Pemeriksaan Neonatus >28 hari setelah lahir									
	RS Pem	RS Swasta	RSB	Puskesmas/ Pustu	Pokkesdes/ Posyandu	Poli Swasta	Praktik Nakes	Praktik Di rumah	Di rumah	Di rumah
NAD	16,30%	2,00%	3,10%	8,20%	7,10%	0,00%	16,30%	46,90%		
Sumatra Utara	16,30%	4,80%	1,00%	3,40%	19,20%	1,40%	18,80%	35,10%		
Sumatra Barat	15,50%	3,40%	0,20%	11,50%	30,40%	0,20%	31,80%	6,10%		

Provinsi	Tempat Pemeriksaan Neonatus >28 hari setelah lahir									
	RS Pem Swasta	RS Swasta	RSB	Pedesaan/ Pustu	Pedesaan/ Posyandu	Polik Swasta	Praktik Nakes	Praktik Di rumah	DI	DI
Riau	12,30%	7,40%	8,60%	9,90%	19,80%	0,00%	19,80%	22,20%	22,20%	22,20%
Jambi	4,80%	3,60%	1,20%	16,70%	32,10%	0,00%	17,90%	23,80%	23,80%	23,80%
Sumatra Selatan	16,80%	7,70%	3,90%	11,00%	29,00%	1,90%	11,00%	18,70%	18,70%	18,70%
Bengkulu	11,40%	4,50%	0,00%	4,50%	18,20%	0,00%	34,10%	27,30%	27,30%	27,30%
Lampung	1,90%	3,90%	8,40%	11,00%	36,80%	0,60%	23,90%	13,90%	13,90%	13,90%
Bangka Belitung	19,60%	4,30%	0,00%	8,70%	29,30%	0,00%	21,70%	16,30%	16,30%	16,30%
Kepulauan Riau	6,60%	16,40%	4,90%	13,10%	32,80%	0,00%	23,00%	3,30%	3,30%	3,30%
DKI Jakarta	11,10%	17,20%	12,20%	11,10%	6,40%	3,10%	36,70%	2,20%	2,20%	2,20%
Jawa Barat	8,20%	6,60%	4,70%	7,10%	25,00%	1,00%	35,60%	12,00%	12,00%	12,00%
Jawa Tengah	8,00%	5,20%	6,40%	9,30%	21,10%	1,20%	36,20%	12,60%	12,60%	12,60%
DI Yogyakarta	8,60%	9,20%	7,90%	17,80%	3,90%	3,30%	47,40%	2,00%	2,00%	2,00%
Jawa Timur	10,00%	6,00%	5,20%	12,20%	22,00%	0,90%	34,50%	9,20%	9,20%	9,20%
Banten	10,90%	7,30%	12,80%	3,20%	20,80%	2,60%	35,50%	7,00%	7,00%	7,00%
Bali	23,30%	5,60%	0,60%	12,20%	10,00%	2,80%	44,60%	1,10%	1,10%	1,10%
Nusa Tenggara Barat	7,50%	1,10%	0,40%	11,90%	62,30%	0,40%	1,10%	15,30%	15,30%	15,30%
Nusa Tenggara Timur	11,60%	1,20%	0,60%	25,00%	48,20%	0,60%	3,70%	9,10%	9,10%	9,10%
Kalimantan Barat	4,70%	4,70%	3,50%	18,60%	20,90%	1,20%	17,40%	29,10%	29,10%	29,10%
Kalimantan Tengah	10,20%	8,20%	8,20%	34,70%	12,20%	2,00%	14,30%	10,20%	10,20%	10,20%
Kalimantan Selatan	14,30%	1,10%	0,00%	15,40%	47,30%	1,10%	8,80%	12,10%	12,10%	12,10%
Kalimantan Timur	24,20%	7,00%	5,70%	19,10%	21,00%	0,60%	18,50%	3,80%	3,80%	3,80%
Sulawesi Utara	12,70%	6,30%	1,30%	24,10%	43,00%	0,00%	6,30%	6,30%	6,30%	6,30%
Sulawesi Tengah	11,80%	2,00%	0,00%	5,90%	49,00%	3,90%	5,90%	21,60%	21,60%	21,60%
Sulawesi Selatan	6,30%	2,80%	0,00%	13,50%	52,60%	0,00%	7,90%	16,70%	16,70%	16,70%
Sulawesi Tenggara	4,80%	0,00%	0,00%	3,60%	36,60%	0,00%	1,20%	33,70%	33,70%	33,70%
Caronalo	11,30%	5,70%	3,80%	17,00%	47,20%	0,00%	1,90%	13,20%	13,20%	13,20%
Sulawesi Barat	23,10%	7,70%	0,00%	34,60%	11,50%	0,00%	3,80%	19,20%	19,20%	19,20%
Maluku	28,30%	2,20%	0,00%	17,40%	17,40%	0,00%	2,20%	32,60%	32,60%	32,60%
Maluku Utara	24,00%	4,00%	0,00%	8,00%	40,00%	0,00%	0,00%	24,00%	24,00%	24,00%

Provinsi	Tempat Pemeriksaan Neonatus >28 hari setelah lahir									
	RS Pem Swasta	RS Swasta	RSB	Pedesaan/ Pustu	Pedesaan/ Posyandu	Polik Swasta	Praktik Nakes	Praktik Di rumah	DI	DI
Irian Jaya	35,80%	11,30%	0,00%	3,80%	35,80%	0,00%	1,90%	11,30%	11,30%	11,30%
Barat	21,10%	10,50%	2,10%	17,90%	29,50%	1,10%	3,20%	14,70%	14,70%	14,70%
Indonesia	11,00%	6,20%	4,70%	10,90%	26,40%	1,20%	26,80%	12,90%	12,90%	12,90%

Pola pada pemeriksaan Neonatus > 28 hari setelah lahir sudah berubah, rerata nasional terbanyak tempat pemeriksaan dilakukan di poskesdes/posyandu 26,4% hampir sama seluruh provinsi di Indonesia, kecuali beberapa provinsi seperti di provinsi Kalimantan tengah, di praktik Nakes 14,3%, Bali 10%, DI Yogyakarta 3,9% DKI Jakarta 6,4%. Usia WUS saat melahirkan anak terakhir proporsi terbesar ada di kelompok umur 25-29 tahun, kelompok umur ke dua adalah umur 30-34 tahun, masih ada kelompok umur 40-44 tahun melahirkan anak terakhir.

**Tabel 3.7** Proporsi WUS berdasarkan penolong persalinan (pertama) menurut Provinsi, Riskesdas 2010

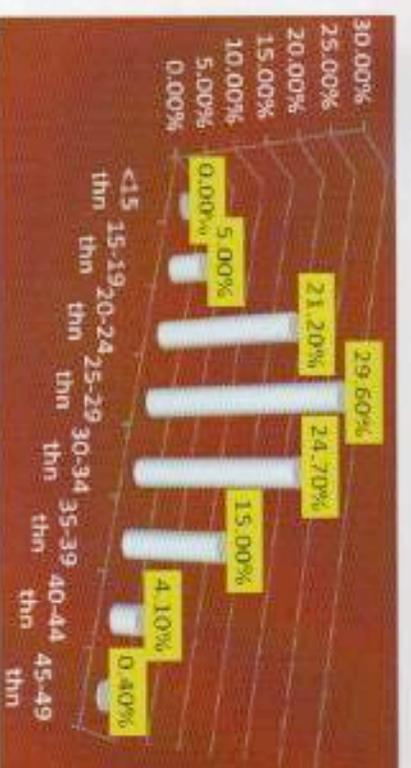
Provinsi	Penolong Persalinan (Pertama)				
	Dokter	Bidan	Tangga puanmedis lain	Dukun bersalin	Keluarga lainnya
NAD	13,10%	71,60%	0,90%	12,20%	2,70%
Sumatra Utara	12,10%	73,60%	0,30%	12,40%	1,10%
Sumatra Barat	15,60%	68,50%	0,00%	14,70%	0,90%
Riau	10,60%	66,30%	1,50%	20,10%	1,50%
Jambi	9,20%	57,10%	1,30%	32,10%	0,30%
Sumatra Selatan	13,20%	66,40%	1,40%	17,20%	1,40%
Bengkulu	14,20%	62,90%	0,00%	20,30%	2,00%
Lampung	7,60%	62,20%	0,80%	28,80%	0,60%
Bangka Belitung	15,60%	62,40%	0,00%	17,60%	4,40%
Kepulauan Riau	20,90%	64,30%	0,40%	7,20%	7,20%
DKI Jakarta	33,80%	56,00%	0,80%	3,20%	5,80%
Jawa Barat	14,10%	54,30%	0,50%	30,00%	1,10%
Jawa Tengah	17,40%	65,40%	0,20%	14,40%	2,30%
DI Yogyakarta	24,50%	69,80%	2,10%	1,60%	2,10%

Jawa Timur	17,30%	70,40%	0,30%	10,60%	1,20%	0,10%
Banten	9,20%	47,80%	0,80%	40,80%	1,30%	0,10%
Bali	30,70%	58,80%	0,40%	8,60%	1,50%	0,00%
Nusa Tenggara Barat	4,40%	63,40%	0,40%	29,70%	1,80%	0,20%
Nusa Tenggara Timur	4,50%	46,90%	1,00%	42,80%	4,70%	0,20%
Kalimantan Barat	10,50%	50,10%	1,60%	36,70%	1,10%	0,00%
Kalimantan Tengah	8,10%	45,00%	0,30%	45,00%	1,70%	0,00%
Kalimantan Selatan	12,30%	64,40%	0,00%	21,90%	0,90%	0,60%
Kalimantan Timur	22,20%	49,60%	1,00%	22,20%	4,40%	0,50%
Sulawesi Utara	31,20%	51,20%	1,80%	12,90%	1,80%	1,20%
Sulawesi Tengah	7,10%	34,70%	1,90%	47,00%	9,00%	0,40%
Sulawesi Selatan	8,90%	50,50%	0,30%	24,80%	15,30%	0,20%
Sulawesi Tenggara	2,90%	48,00%	0,40%	43,60%	4,70%	0,40%
Gorontalo	12,70%	25,40%	1,20%	60,70%	0,00%	0,00%
Sulawesi Barat	3,00%	42,40%	1,50%	50,00%	3,00%	0,00%
Maluku	8,10%	40,00%	0,50%	48,10%	3,20%	0,00%
Maluku Utara	8,70%	16,80%	0,00%	70,50%	4,00%	0,00%
Irian Jaya Barat	10,00%	39,40%	2,20%	27,30%	19,50%	1,70%
Papua	14,00%	34,70%	0,70%	8,10%	40,70%	1,80%
Indonesia	13,90%	58,00%	0,60%	23,90%	3,40%	0,20%

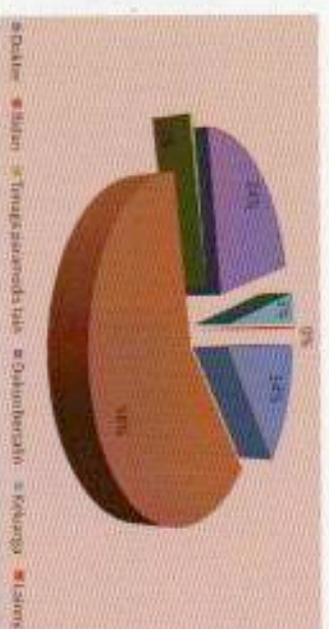
Pada tabel 3.7 terlihat bahwa penolong persalinan pertama proporsi terbesar adalah bidan 58,0%, urutan ke dua dukun bersalin 23,9%, ke tiga dokter 13,9%, keluarga 3,4% (kemungkinan keluarga dukun). Provinsi tertinggi penolong persalinan tingkat pertama ke dukun bersalin adalah provinsi Maluku Utara 70,5%, Gorontalo 60,7%, Sulawesi Tenggara 43,6%, dan Jambi 32,1%.

Dari gambar di atas terlihat proporsi terbesar WUS dengan *health seeking behavior* ke tenaga bidan 58,0%, dukun bersalin 24%, ke dokter 14%.

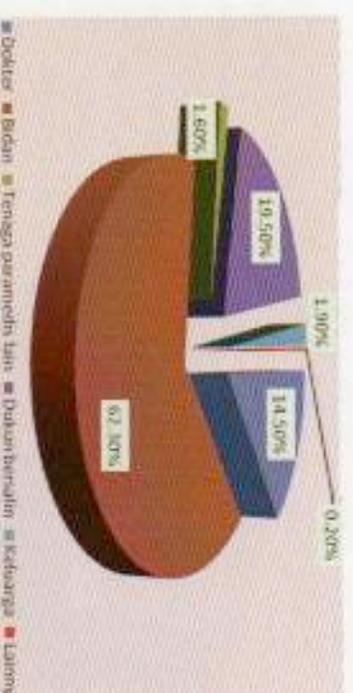
Proporsi WUS dengan penolong persalinan (Kedua) oleh bidan menduduki urutan terbesar 62,3%, Dukun bersalin 19,5%, dokter 14,5% dan keluarga 1,9%.



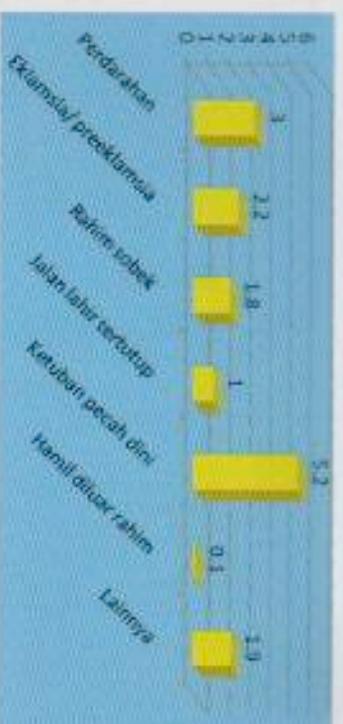
Gambar 3.9 Proporsi usia ibu saat melahirkan anak terakhir menurut provinsi, Riskesdas 2010



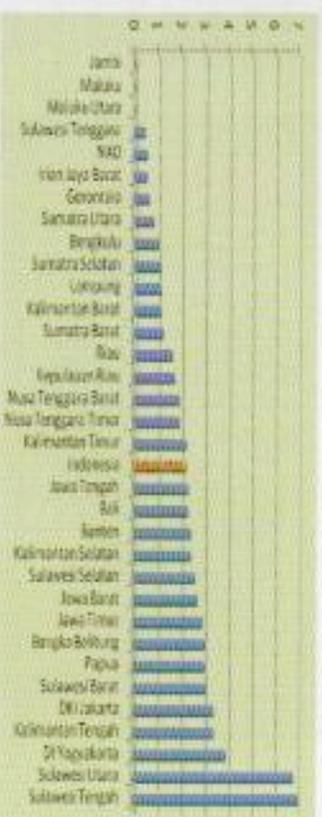
Gambar 3.10 Proporsi WUS berdasarkan penolong persalinan (pertama), Riskesdas 2010



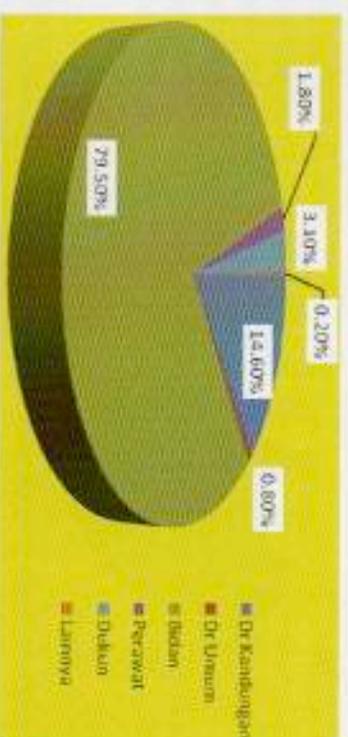
Gambar 3.11 Proporsi WUS berdasarkan penolong persalinan (Kedua), Riskesdas 2010



Gambar 3.12 Proporsi WUS berdasarkan Komplikasi dalam Persalinan, Riskesdas 2010



Gambar 3.13 Proporsi WUS berdasarkan komplikasi dalam persalinan (Eklamsia/preeklamsia) menurut provinsi, Riskesdas 2010



Gambar 3.14 Proporsi pemeriksa kesehatan sesudah melahirkan

Berdasarkan gambar grafik di atas proporsi WUS menurut komplikasi yang dialami dalam persalinan ketuban pecah dini 5,2%, eklamsia/preeklamsia 2,2%,

Proporsi WUS dengan komplikasi eklamsia/preeklamsia provinsi tertinggi di atas rerata nasional adalah provinsi Sulawesi tengah, Sulawesi Utara, DI Yogyakarta, Kalimantan Tengah dan DKI Jakarta.

Pemeriksa kesehatan setelah melahirkan didominasi oleh tenaga bidan 79,5%, dokter kandungan 14,6%, dukun 3,1%, perawat 1,8%,

Proporsi WUS menurut pemeriksaan kesehatan sesudah melahirkan pada umumnya hampir seluruh provinsi rerata nasional ke bidan 79,5%, ke dokter kandungan 14,6%, dan ke dukun 3,1%. Provinsi tertinggi pemeriksaan kesehatan ke dokter kandungan hanya provinsi Kepulauan Riau 36,3%, DKI Jakarta 34,7%, Bali 32,1% dan DI Yogyakarta 33,5% (tabel 3.8).

Tabel 3.8 Proporsi WUS berdasarkan pemeriksaan kesehatan sesudah melahirkan menurut provinsi, Riskesdas 2010

Provinsi	Pemeriksa Kesehatan sesudah melahirkan					
	Dr Kandungan	Dr Uterus	Bidan	Perawat	Dukun	Lainnya
NAD	14,20%	0,60%	82,10%	1,30%	1,90%	0,00%
Sumatra Utara	10,60%	0,40%	85,10%	1,20%	2,70%	0,00%
Sumatra Barat	11,00%	1,00%	85,30%	1,70%	0,70%	0,30%
Riau	11,80%	1,60%	79,10%	1,00%	6,30%	0,30%
Jambi	12,40%	1,30%	73,90%	3,40%	9,00%	0,00%
Sumatra Selatan	9,30%	2,40%	82,90%	1,60%	3,90%	0,30%
Bengkulu	7,00%	0,80%	89,10%	0,80%	2,30%	0,00%
Lampung	6,90%	0,00%	87,50%	1,90%	3,70%	0,00%
Bangka Belitung	17,60%	0,00%	77,70%	2,70%	2,00%	0,00%
Kepulauan Riau	36,30%	0,00%	59,90%	3,20%	0,60%	0,00%
DKI Jakarta	34,70%	0,80%	62,50%	1,10%	0,00%	0,80%
Jawa Barat	12,90%	0,50%	80,80%	1,00%	4,50%	0,30%
Jawa Tengah	15,20%	0,20%	82,30%	0,70%	1,30%	0,10%
DI Yogyakarta	33,50%	1,20%	65,30%	0,00%	0,00%	0,00%
Jawa Timur	15,70%	0,70%	81,90%	0,80%	0,80%	0,20%
Banten	12,60%	0,40%	80,60%	1,90%	4,40%	0,20%
Bali	32,10%	1,00%	64,10%	2,40%	0,00%	0,50%

Pemeriksa Kesehatan sesudah melahirkan

Provinsi	Dr Kandungan		Dr Umum		Bidan	Perawat	Dukun	Lainnya
	Dr Kandungan	Dr Umum	Dr Kandungan	Dr Umum				
Nusa Tenggara Barat	5,70%	0,30%	91,00%	2,20%	0,80%	0,00%	0,00%	0,00%
Nusa Tenggara Timur	4,70%	2,00%	88,60%	2,80%	2,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Kalimantan Barat	10,20%	0,50%	83,30%	0,50%	5,40%	0,00%	0,00%	0,00%
Kalimantan Tengah	5,90%	1,00%	79,70%	6,40%	6,90%	0,00%	0,00%	0,00%
Kalimantan Selatan	15,30%	1,10%	81,30%	0,80%	1,50%	0,00%	0,00%	0,00%
Kalimantan Timur	22,30%	0,40%	69,40%	5,80%	1,70%	0,40%	0,00%	0,00%
Sulawesi Utara	35,80%	5,70%	52,80%	4,90%	0,80%	0,00%	0,00%	0,00%
Sulawesi Tengah	5,40%	0,60%	64,70%	10,80%	18,60%	0,00%	0,00%	0,00%
Sulawesi Selatan	13,00%	0,70%	81,20%	1,70%	2,40%	1,00%	0,00%	0,00%
Sulawesi Tenggara	3,30%	1,30%	90,70%	0,70%	4,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Gorontalo	16,30%	2,30%	72,10%	2,30%	7,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Sulawesi Barat	6,20%	0,00%	79,50%	6,80%	9,60%	0,00%	0,00%	0,00%
Maluku	8,60%	2,20%	80,60%	2,20%	6,50%	0,00%	0,00%	0,00%
Maluku Utara	14,90%	3,00%	73,10%	3,00%	6,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Irian Jaya Barat	26,70%	7,80%	53,30%	5,60%	6,70%	0,00%	0,00%	0,00%
Papua	24,40%	1,50%	72,50%	1,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Indonesia	14,60%	0,80%	79,50%	1,80%	3,10%	0,20%	0,20%	0,20%

Proporsi WUS yang memeriksakan ke dukun sesudah melahirkan rerata nasional 3,1%, beberapa provinsi tertinggi di atas rerata nasional antara lain Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Jambi, Gorontalo, Kalimantan tengah dan Maluku adalah daerah yang masyarakatnya lebih mempercayai dukun untuk pencarian pertolongan pemeriksaan kesehatan setelah melahirkan.



Grafik 3.15 Proporsi WUS berdasarkan pemeriksaan kesehatan sesudah melahirkan menurut provinsi, Riskesdas 2010

Tabel 3.9 Persentase Puskesmas, UKBM dengan tenaga medis, paramedis berdasarkan Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Puskesmas dengan dokter (%)	Desa dgn bidan (%)	Bidan tinggal di desa (%)	Desa dengan Polindes (%)	Desa dgn Poskesdes (%)
NAD	96,85	84,74	69,34	21,46	17,65
Sumatra Utara	92,15	86,63	83,55	27,75	37,68
Sumatra Barat	96,84	66,76	90,04	23,82	22,32
Riau	97,01	91,59	89,91	23,99	35,61
Jambi	95,98	84,78	90,31	26,98	35,81
Sumatra Selatan	89,84	87,95	87,90	40,90	60,40
Bengkulu	95,98	78,71	89,86	17,06	25,29
Lampung	99,25	86,61	83,87	17,20	37,59
Bangka Belitung	98,28	95,45	81,54	50,63	68,74
Kepulauan Riau	100,00	86,14	85,71	53,56	29,79
DKI Jakarta	98,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Jawa Barat	96,93	97,41	91,82	22,68	29,20
Jawa Tengah	98,73	97,45	90,40	41,36	51,29
DI Yogyakarta	100,00	80,43	52,18	10,73	49,51

Provinsi	Poskesmas dengan dokter (%)	Desa dgn bidan desa (%)	Bidan tinggal di desa (%)	Desa dengan Polindes (%)	Desa dgn Puskesmas (%)
Jawa Timur	99,16	90,99	86,88	53,47	33,44
Banten	92,24	97,73	87,50	10,39	15,22
Bali	100,00	94,83	61,12	11,57	47,38
Nusa Tenggara Barat	97,35	89,48	84,06	54,27	42,34
Nusa Tenggara Timur	88,07	56,40	84,97	39,98	16,10
Kalimantan Barat	85,90	72,97	83,93	55,08	44,99
Kalimantan Tengah	92,22	65,20	80,78	35,38	27,20
Kalimantan Selatan	95,96	85,54	80,85	41,68	37,19
Kalimantan Timur	97,71	58,31	79,84	27,12	18,55
Sulawesi Utara	93,64	51,69	73,13	15,42	22,01
Sulawesi Tengah	86,31	73,41	85,18	24,83	42,86
Sulawesi Selatan	92,58	89,74	79,82	21,24	43,64
Sulawesi Tenggara	85,43	83,87	69,88	18,99	28,94
Gorontalo	82,14	76,20	55,90	17,68	40,13
Sulawesi Barat	93,90	74,85	87,71	18,39	48,10
Maluku	88,48	57,72	83,35	31,05	31,47
Maluku Utara	84,31	44,10	74,49	27,77	13,50
Irian Jaya Barat	73,73	31,76	87,12	31,83	4,84
Papua	64,52	41,86	81,44	21,25	9,63
Indonesia	93,61	83,01	83,87	31,76	34,11

Berdasarkan Tabel 3.9 tampak bahwa bidan desa yang tidak tinggal di desa banyak terjadi di Provinsi DIY, NAD, Gorontalo, dan Bali, sedangkan kebalikannya bidan desa banyak tinggal di desa dengan jumlah bidan desa lebih dari 1 di setiap desa yaitu di provinsi NTT, Maluku utara, Maluku, Irian barat dan Papua.

Berdasarkan tabel 3.10 tampak bahwa ketersediaan buku pedoman Buku KIA hampir sama baik di pedesaan maupun perkotaan 77,8%, demikian pula ketersediaan pedoman Manajemen Asfiksia rerata distribusi 41,3% dan modul manajemen BBLR sekitar 36,8%.

Tabel 3.10 Persentase ketersediaan buku pedoman/modul berdasarkan Rifaskes tahun 2011

Ketersediaan	Daerah		Total
	Perkotaan	Pedesaan	
Buku KIA	1845 (79,2%)	5144 (77,4%)	6989 (77,8%)
Pedoman Manajemen Asfiksia	1016 (43,6%)	2688 (40,4%)	3704 (41,3%)
Modul Manajemen BBLR	922 (39,6%)	2385 (35,9%)	3307 (36,8%)

Tabel 3.11 Persentase kegiatan pencatatan kohor bayi, pelatihan manajemen, BBLR, penansangan Alkon, penangan komplikasi KB dan konsultasi KB berdasarkan Rifaskes tahun 2011

Kegiatan	Daerah		Total
	Perkotaan	Pedesaan	
Pencatatan Kohor Bayi	2077 (89,1%)	5833 (87,8%)	7910 (88,1%)
Pelatihan Manajemen Asfiksia	1258 (54,0%)	3368 (50,7%)	4626 (51,5%)
Pelatihan Manajemen BBLR	1124 (48,2%)	3050 (45,9%)	4174 (46,5%)
Pemasangan Alkon mantap	2110 (90,5%)	5794 (87,2%)	7904 (88,0%)
Penangan Komplikasi KB	1563 (67,1%)	4228 (63,6%)	5791 (64,5%)
Konsultasi KB	2243 (96,2%)	6369 (95,7%)	8612 (95,8%)

Pencatatan kohor bayi hampir semua puskesmas di wilayah perkotaan dan pedesaan 88,1% melakukan, Pelatihan manajemen asfiksia puskesmas perkotaan dan puskesmas pedesaan 51,5%, pelatihan manajemen BBLR baru mencapai 46,5% puskesmas yang melakukan pelatihan, Perlu difasilitasi pelatihan manajemen BBLR ini agar kesehatan bayi dapat termonitor dengan baik (tabel 3.11).

## PEMBAHASAN

### Hubungan Aksesibilitas KIA terhadap Pertolongan Persalinan dan Nifas

Dari hasil Rifaskes tahun 2011 ditemukan bahwa ketersediaan buku pedoman Buku KIA hampir sama baik di pedesaan maupun perkotaan 77,8%, demikian pula ketersediaan pedoman Manajemen Asfiksia rerata distribusi 41,3% dan modul manajemen BBLR sekitar 36,8%. Pencatatan kohor bayi hampir semua puskesmas di wilayah perkotaan dan

pedesaan 88,1% melakukan. Pelatihan manajemen asfiksia puskesmas perkotaan dan puskesmas pedesaan 51,5%, pelatihan manajemen BBLR baru mencapai 46,5% puskesmas yang melakukan pelatihan. Perlu difasilitasi pelatihan manajemen BBLR ini agar kesehatan bayi dapat termonitor dengan baik

Risikedas 2010 menyebutkan bahwa penolong persalinan pertama proporsi terbesar adalah bidan 58,0%, urutan ke dua dukun bersalin 23,9%, ke tiga dokter 13,9%, keluarga 3,4% (kemungkinan keluarga dukun). Provinsi tertinggi penolong persalinan tingkat pertama ke dukun bersalin adalah provinsi Maluku Utara 70,5%, Gorontalo 60,7%, Sulawesi Tenggara 43,6%, dan Jambi 32,1%.

Ironisnya Bidan desa yang tidak tinggal di desa banyak terjadi di provinsi DIY, NAD, Gorontalo, dan Bali, sedangkan kebalkannya bidan desa banyak tinggal di desa dengan jumlah bidan desa lebih dari 1 di setiap desa yaitu di provinsi NTT, Maluku Utara, Maluku, Irian Barat dan Papua.

Nah inilah yang seharusnya menjadi bahan kajian, mengapa justru daerah dengan jumlah bidan lebih dari satu setiap desa seperti di Provinsi NTT, Maluku Utara, Maluku, Irian Jaya barat serta Papua, angka kematian ibu bersalin cukup besar. Jumlah dukun bayi juga pada daerah tersebut jumlahnya cukup banyak. Bisa jadi kemungkinan bidan tidak tinggal di desa, sehingga masyarakat masih meminta pertolongan persalinan ke dukun bayi, bidan desa kalah pengalaman sehingga tidak berani menolong persalinan, kemungkinan ini bias saja terjadi, maka perlu kajian mendalam secara kualitatif.

Proporsi WUS menurut tempat pemeriksaan Neonatus 6-48 jam (2 hari) setelah lahir pada umumnya proporsi terbanyak di rumah 33,3%, praktik nakes 24,9% dan di rumah sakit pemerintah 19,3%. Demikian pula dengan proporsi WUS menurut tempat pemeriksaan Neonatus 8-28 hari setelah lahir secara rerata nasional proporsi terbanyak di praktik Nakes 27,46%, di rumah 21,6%, di poskedses/posyandu 14,4% dan di rumah sakit pemerintah 12,8%, hal ini hampir sama di seluruh provinsi bahwa kebiasaan WUS pemeriksaan neonates 8-28 hari di lakukan praktik nakes. Kecuali provinsi Papua, Irian Jaya Barat, Maluku Utara, Sulawesi Barat dan Maluku masih lebih dominan dilakukan di rumah. Pada daerah ini pada usia bayi 8-28 hari secara budaya bahwa seorang ibu nifas pantang keluar rumah sebelum umur bayi 40 hari, sehingga sudah seharusnya petugas kesehatan melakukan upaya menjemput bola dengan melakukan kunjungan ke rumah ibu bersalin.

Proporsi WUS yang melakukan pemeriksaan nifas ke tenaga kesehatan setelah melahirkan cukup besar 71,8%, 28,2% WUS yang tidak memeriksakan kesehatan pada petugas kesehatan. Untuk yang ke dua terakhir inilah yang memanfaatkan pelayanan nifas ke dukun bayi, dari hasil penelitian Pratiwi, dkk (2002) menyatakan bahwa persalinan pascanifas lebih banyak ke dukun bayi dengan alasan bahwa dukun bayi di samping dapat merawat bayi dan ibunya juga dapat membantu pekerjaan rumah lainnya seperti mencuci baju bayi, kan ibu pascabersalin dan sebagainya. Kebijakan lokal inilah yang semestinya dapat ditangkep bagi pengambil kebijakan untuk mempercepat pencapaian MDGs ke 4, 5.

Meskipun status kesehatan anak di Indonesia mengalami peningkatan dalam 10 tahun terakhir, tingkat penurunan angka kematian anak cenderung berjalan lambat. Salah satu kendala adalah belum ada sinergi dan konsolidasi yang baik antara sektor pemerintah pusat dan juga daerah. Sebagian besar daerah belum memperhatikan kesehatan ibu dan anak dalam prioritas anggaran.

Dengan desentralisasi, penda seharusnya punya kemampuan untuk mensinergikan semua sumber daya yang masuk ke daerah. Bantuan yang datang dari pusat maupun LSM itu supaya tidak jadi tumpah tindh pendanaan ataupun program. Selain itu, belum meratanya distribusi dokter di semua daerah juga salah satu faktor penyebab. Tenaga dokter masih menumpuk di kota-kota besar, dan meskipun ke daerah hanya di ibu kota provinsi serta kabupaten. Akibatnya, ketika seorang ibu membutuhkan layanan kesehatan darurat untuk persalinan, tidak bisa mengakses karena kendala transportasi, jarak jauh, biaya, dan medan sulit.

Mengingat layanan kesehatan di daerah terpencil masih sangat terbatas, dan lilitan kemiskinan sangat memengaruhi. Layanan kesehatan reproduksi pun baru mulai bergerak, sehingga sudah terlambat untuk mengejar target tersebut. Dengan kondisi ini Indonesia sulit mencapai MDGs apalagi terjadi peningkatan kasus penyakit menular seperti penyakit malaria dan TB yang tak kunjung turun meskipun ada pencungangan eliminasi malaria. Untuk mencapainya, perlu melakukan program yang sistematis dan komprehensif serta melibatkan banyak sektor. Pemberdayaan masyarakat perlu digerakkan melalui upaya promotif dan preventif dengan melibatkan lintas sektor.

Health seeking behavior persalinan pada tenaga kesehatan sudah terjadi peningkatan, hal ini terlihat dari data nasional persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih meningkat dari 66,7 persen pada tahun 2002 menjadi 77,34 persen pada tahun 2009 (Susenas). Angka tersebut terus meningkat menjadi 82,3 persen pada tahun 2010 ( Riskesdas, 2010).

Angka kematian ibu menurun dari 307 per 100.000 KH pada tahun 2002 menjadi 228 per 100.000 KH pada tahun 2007 (SDKI). Hasil SDKI tahun 2012 angka kematian ibu bersalin naik kembali menjadi 359 per 100.000 kelahiran. Target tahun 2014 adalah 110 per 100.000 KH. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan. Namun ironisnya temuan survei demografi kesehatan Indonesia atau SDKI pada tahun 2012 bahwa angka kematian ibu bersalin sebesar 359/100.000 kelahiran hidup, sungguh mengjutkan pihak kementerian kesehatan yang selama ini sudah merasa banyak bekerja, namun belum bekerja secara cerdas dan mengedepankan keinginan nurani masyarakat.

Berdasarkan prediksi angka kematian ibu pada tahun 2015, terdapat gap antara target MDGs dengan prediksi regresi linier sebesar 59. Pengembangan inovasi pelayanan seharusnya bergerak secara sistem dan sustainable seluruh provinsi memberikan dukungan dalam berbagai program peningkatan kesehatan maternal dengan ujung tombak pada program preventif, dan promotif dengan pilar pemberdayaan masyarakat setempat.

Program Rumah Tunggu sebagai salah satu upaya pemberdayaan masyarakat seperti pada beberapa daerah yang sulit dijangkau dan pada beberapa kasus obstetrik risiko tinggi. Beberapa kasus yang memerlukan penanganan rujukan di rumah sakit, ibu hamil harus sudah berada di dekat fasilitas pelayanan kesehatan beberapa hari sebelum bersalin. Oleh karena itu, diperlukan suatu tempat di dekat fasilitas pelayanan kesehatan dasar atau rumah sakit yang dapat dihuni sementara oleh ibu hamil sebelum persalinan tiba yang disebut Rumah Tunggu Kelahiran. Program rumah tunggu kelahiran diharapkan dapat mendekatkan akses pelayanan pada masyarakat untuk persalinan. Dengan demikian program Rumah tunggu kelahiran diharapkan dapat menurunkan jumlah kematian ibu, meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, dan sekaligus meningkatkan cakupan persalinan di fasilitas kesehatan serta pelayanan kegawatdaruratan yang memadai.

## Health Seeking Behavior Pelayanan Nifas di Indonesia

Hani Basuki, Niniek Lely Pratiwi

### PENDAHULUAN

Proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih terus meningkat dari 40,7% pada 1992 menjadi 68,4% pada 2007. Akan tetapi, proporsi ini bervariasi antar provinsi dengan Sulawesi Tenggara sebagai yang terendah, yaitu 35%, dan DKI Jakarta yang tertinggi, yaitu 96%, pada 2008. Proporsi ini juga berbeda cukup jauh mengikuti tingkat pendapatan (SDKI 2007, Riskesdas 2010).

Sampai saat ini angka kejadian persalinan prematur relatif tidak berubah dalam 40 tahun terakhir, padahal berbagai upaya pencegahan terus dilakukan melalui berbagai cara. Pada umumnya pencegahan persalinan prematur dapat dilakukan melalui tiga jenis upaya yaitu pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier. Pencegahan primer yaitu pencegahan melalui pendekatan pada faktor risiko untuk terjadinya persalinan prematur, faktor yang sering menimbulkan risiko kejadian persalinan prematur adalah merokok, mengonsumsi obat-obatan dan alkohol, serta faktor nutrisi (Yusuf, 2010).

Upaya menurunkan tingkat kejadian kelahiran prematur dan meningkatkan kualitas hidup bayi prematur di Indonesia melalui upaya terintegrasi di tingkat pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier. Angka kematian ibu dan bayi yang masih tinggi disebabkan oleh persalinan prematur. Di negara berkembang, termasuk di Indonesia,

angka kejadian persalinan prematur dan angka kematian bayi prematur masih cukup tinggi. Selain menyebabkan kematian, apabila bayi terus hidup tetap akan didera dengan berbagai morbiditas, seperti kelainan dan infeksi. Aspek lain yang perlu diperhatikan adalah angka kematian pernatal, yaitu kematian bayi mulai usia kehamilan 28 minggu sampai satu bulan paska melahirkan yang tetap masih tinggi. Tingginya angka kematian pernatal ini di dominasi oleh bayi-bayi prematur sebanyak 70%, dan kejadian persalinan prematur di dunia masih cukup tinggi berkisar antara 10–20%.

Pada bagian bab ini merupakan hasil analisis lanjut Riskesdas MDGS tahun 2010, Riskesdas 2011 ini dapat memberikan gambaran pemetaan pola perilaku kesehatan maternal serta pengaruhnya terhadap pola persalinan aman di Indonesia. Bagian ini diharapkan memberikan inspirasi pada rekomendasi kebijakan dan memberikan masukan bagi pengelola program kesehatan reproduksi dan program kesehatan Ibu dan anak baik bagi provinsi maupun kementerian kesehatan RI.

## Berbagai Gambaran Profil Health Seeking Behavior Pelayanan Nifas di Indonesia

Tabel 4.1 Proporsi WUS berdasarkan komplikasi dalam persalinan, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Komplikasi dalam persalinan						
	Bebaran peklansi	Bleansi' sebek	Rahim sobek	Jalan lahir tertutup	Ketuban pecah dini	Hamil diturunkan	Lainnya
NAD	0,9	0,5	1,4	0,5	4	0	2,6
Sumatra Utara	2,4	0,8	1,8	1,2	2,2	0,3	1
Sumatra Barat	1,2	1,2	0,2	1,2	4,8	0	3,1
Riau	1,8	1,6	0,7	1,1	2,5	0,2	1,8
Jambi	4,6	0	0,7	1,3	2	0	2,3
Sumatra Selatan	1,1	1,1	0,6	0,4	2,7	0,2	1,3
Bengkulu	2,1	1	1,6	1	5,8	0	2,6
Lampung	1,5	1,1	0,9	0,2	0,9	0	0,2
Bangka Belitung	4,5	3	4,5	0	4,5	0	1

## Komplikasi dalam persalinan

Provinsi	Bebaran peklansi	Bleansi' sebek	Rahim sobek	Jalan lahir tertutup	Ketuban pecah dini	Hamil diturunkan	Lainnya
Kepulauan Riau	3,9	1,7	0	0,4	4,8	0	3,5
DKI Jakarta	4,8	3,4	2,6	2,6	10,5	0,2	2,2
Jawa Barat	3,9	2,7	2	1,3	6,2	0,2	1,6
Jawa Tengah	2,7	2,3	2,1	1	5,3	0,1	2,7
DI Yogyakarta	3,3	3,9	0	2,2	8,3	0	5,6
Jawa Timur	2,4	2,9	1,4	1,1	7	0,1	3,1
Banten	3,1	2,4	2,6	1	6,8	0,5	1,5
Bali	3,4	2,3	7,6	1,1	10,3	0	3
Nusa Tenggara Barat	3,6	1,9	2,3	1,7	6	0	2,6
Nusa Tenggara Timur	2,9	1,9	0,6	0,6	1,9	0	0,6
Kalimantan Barat	2,3	1,1	2,6	1,7	4,5	0	0,9
Kalimantan Tengah	2,7	3,4	2	0	5,4	0	1
Kalimantan Selatan	3,8	2,4	2,1	1,2	6,5	0,3	1,8
Kalimantan Timur	1,9	2,2	0,5	1,6	3,6	0	5,2
Sulawesi Utara	4,3	6,8	0,6	2,5	5,6	0	2,5
Sulawesi Tengah	3,5	7	1,2	0,4	8,2	0,8	1,2
Sulawesi Selatan	4,4	2,6	4,9	0,5	7,2	0,2	0,7
Sulawesi Tenggara	0,8	0,4	1,9	0,4	5	0	1,1
Gorontalo	3,1	0,6	3,1	0	1,3	0	1,9
Sulawesi Barat	5,8	3,1	2,1	1,6	2,6	0	0
Maluku	1,7	0	0	0	2,2	0	0,6

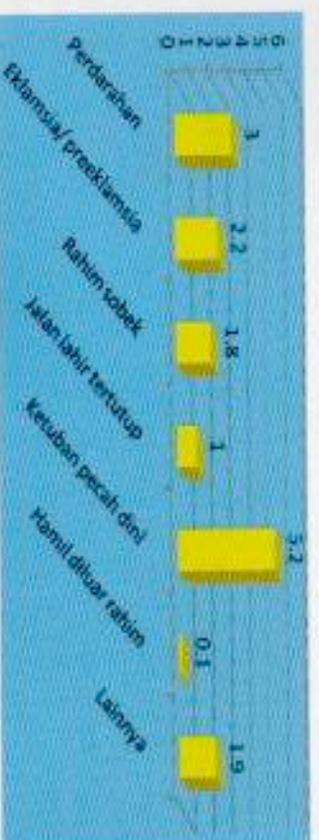
Provinsi	Komplikasi dalam persalinan					
	Berdasarkan persalinan	Balansir/ preklamsia	Rahim sobek	Jalan lahir tertutup	Ketuban pecah dini	Hamil Lanjutan
Maluku Utara	2,4	0	0,6	0	2,4	0
Irian Jaya Barat	3,3	0,5	0,5	0	2,4	0
Papua	3,4	3	1,9	0,4	4,2	0,4
Indonesia	3	2,2	1,8	1	5,2	0,1

Enam provinsi dengan komplikasi ketuban pecah dini dalam persalinan tertinggi di provinsi DKI Jakarta 10,5%, DI Yogyakarta 8,3%, Sulawesi Tengah 8,2%, Sulawesi selatan 7,2%, Banten 6,8% dan Kalimantan Selatan 6,5% (table 4.1).

Berdasarkan gambar grafik di atas terlihat proporsi WUS yang mengalami komplikasi dalam persalinan sebesar 15,2%, proporsi komplikasi terbanyak adalah komplikasi ketuban pecah dini 5,2%, perdarahan sebesar 3%, dan kasus eklamsia/preklamsia 2,2%.

Proporsi WUS yang melakukan pemeriksaan nifas ke tenaga kesehatan setelah melahirkan cukup besar 71,8%, 28,2% WUS yang tidak memeriksakan kesehatan pada petugas kesehatan.

Berdasarkan tabel 4.3 terlihat bahwa akses WUS periksa nifas ke bidan tiga provinsi terendah adalah provinsi Sulawesi Utara 52,8%, Irian Jaya Barat 53,3%, dan Kepulauan Riau 59,9%, Perlu penguatan promosi periksa nifas pada petugas kesehatan setempat.



Gambar 4.1 Proporsi WUS berdasarkan komplikasi dalam persalinan, Riskesdas tahun 2010

Tabel 4.2 Proporsi WUS berdasarkan pemeriksaan nifas oleh nakes, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Pemeriksaan kesehatan oleh nakes setelah melahirkan	
	Ya	Tidak
Maluku Utara	40,1	25,4
Irian Jaya Barat	42,9	34,3
Papua	49,6	29,5
Maluku	52,0	31,5
Nusa Tenggara Timur	52,4	22,8
Kalimantan Barat	52,8	28,6
Gorontalo	53,8	32,5
Sulawesi Tenggara	57,5	30,4
Sulawesi Tengah	65,0	26,7
Sumatra Utara	65,7	32,0
Banten	65,9	18,2
Kalimantan Timur	66,3	25,2
Bengkulu	67,5	18,0
Kepulauan Riau	68,0	5,6
Riau	68,5	15,6
Kalimantan Tengah	68,7	34,1
Lampung	69,6	20,5
Sumatra Barat	70,5	22,0
Sumatra Selatan	71,4	47,6
Sulawesi Selatan	71,5	47,2
Indonesia	71,8	31,3
Bangka Belitung	73,3	22,9
NAD	74,6	33,7
Jawa Barat	74,8	24,1
Sulawesi Utara	75,9	35,0
Sulawesi Barat	76,4	28,5
Kalimantan Selatan	77,1	42,5
Jambi	77,2	46,3
Nusa Tenggara Barat	78,0	23,6
Bali	79,5	48,0
DKI Jakarta	81,8	59,9

Provinsi	Pemeriksaan kesehatan oleh nakes setelah melahirkan	
	Ya	Tidak
Jawa Tengah	82,0	57,1
Jawa Timur	84,4	50,4
DI Yogyakarta	94,4	28,2
Indonesia	71,8	28,2

Berdasarkan aksesibilitas pemeriksaan nifas setelah persalinan terlihat bahwa proporsi rerata nasional WUS yang periksa ke dokter kandungan 14,6%, ke bidan 79,5%, perawat 1,8 da ke dukun bayi 3,1%.

Dari gambar di atas tampaknya Lima provinsi tertinggi periksa nifas ke dukun bayi adalah provinsi Sulawesi Tengah 18,6%, Sulawesi Barat 9,6%, Jambi 9,0%, Gorontalo 7,0% dan Kalimantan Tengah 6,9%

**Tabel 4.3** Proporsi WUS berdasarkan aksesibilitas pemeriksaan nifas dalam persalinan, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Pemeriksa Kesehatan sesudah melahirkan					
	Dr Kandungan	Dr-Ummum	Bidan	Perawat	Dukun Lainnya	
NAD	14,2	0,6	82,1	1,3	1,9	0,0
Sumatra Utara	10,6	0,4	85,1	1,2	2,7	0,0
Sumatra Barat	11,0	1,0	85,3	1,7	0,7	0,3
Riau	11,8	1,6	79,1	1,0	6,3	0,3
Jambi	12,4	1,3	73,9	3,4	9,0	0,0
Sumatra Selatan	9,3	2,4	82,9	1,6	3,5	0,3
Bengkulu	7,0	0,8	89,1	0,8	2,3	0,0
Lampung	6,9	0,0	87,5	1,9	3,7	0,0
Bangka Belitung	17,6	0,0	77,7	2,7	2,0	0,0
Kepulauan Riau	36,3	0,0	59,9	3,2	0,6	0,0
DKI Jakarta	34,7	0,8	62,5	1,1	0,0	0,8
Jawa Barat	12,9	0,5	80,8	1,0	4,5	0,3
Jawa Tengah	15,2	0,2	82,3	0,7	1,3	0,1
DI Yogyakarta	33,5	1,2	65,3	0,0	0,0	0,0
Jawa Timur	15,7	0,7	81,9	0,8	0,8	0,2
Banten	12,6	0,4	80,6	1,9	4,4	0,2

Provinsi	Pemeriksa Kesehatan sesudah melahirkan						
	Dr Kandungan	Dr-Ummum	Bidan	Perawat	Dukun Lainnya		
Bali	32,1	1,0	64,1	2,4	0,0	0,5	
Nusa Tenggara Barat	5,7	0,3	91,0	2,2	0,8	0,0	
Nusa Tenggara Timur	4,7	2,0	88,6	2,8	2,0	0,0	
Kalimantan Barat	10,2	0,5	83,3	0,5	5,4	0,0	
Kalimantan Tengah	5,9	1,0	79,7	6,4	6,9	0,0	
Kalimantan Selatan	15,3	1,1	81,3	0,8	1,5	0,0	
Kalimantan Timur	22,3	0,4	69,4	5,8	1,7	0,4	
Sulawesi Utara	35,8	5,7	52,8	4,9	0,8	0,0	
Sulawesi Tengah	5,4	0,6	64,7	10,8		0,0	
Sulawesi Selatan	13,0	0,7	81,2	1,7	2,4	1,0	
Sulawesi Tenggara	3,3	1,3	90,7	0,7	4,0	0,0	
Gorontalo	16,3	2,3	72,1	2,3	2,0	0,0	
Sulawesi Barat	6,2	0,0	79,5	6,8	9,6	0,0	
Maluku	8,6	2,2	80,6	2,2	6,5	0,0	
Maluku Utara	14,9	3,0	73,1	3,0	6,0	0,0	
Irian Jaya Barat	26,7	7,8	53,3	5,6	6,7	0,0	
Papua	24,4	1,5	72,5	1,5	0,0	0,0	
Indonesia	14,6	0,8	79,5	1,8	3,1	0,2	

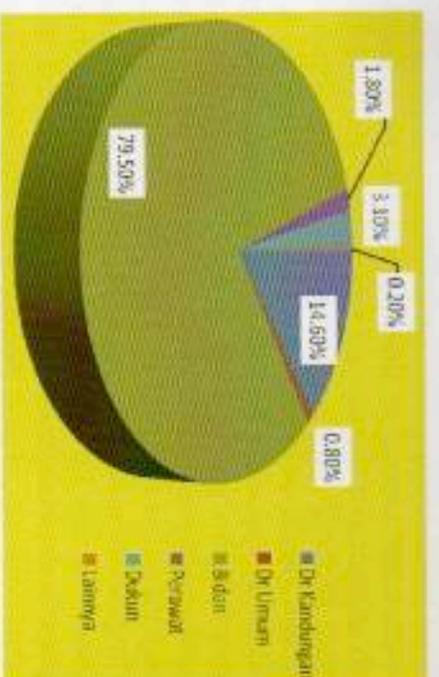
**Tabel 4.4** Proporsi WUS berdasarkan komplikasi yang dialami dalam masa Nifas, Riskesdas tahun 2010

Provinsi	Komplikasi Dialami sesudah melahirkan						
	Perdarahan	Pingsan sd/ melahirkan	Kejang	Dansan tinggi	Nyeri payudara	Rasa sd/terbak	Lainnya
NAD	0,9	1,2	0,5	0,5	6,8	0,9	0,5
Sumatra Utara	2,4	0,3	0,3	1,9	10,3	1,7	0,2
Sumatra Barat	0,7	0	0,5	3,4	7,5	1,4	2,7
Riau	2,3	0,4	0,2	0,7	8,6	0,9	0,2
Jambi	5	1,7	1	1,7	15,8	2	1,7
Sumatra Selatan	1,5	0,2	0,4	0,8	5,3	0,6	0,2
Bengkulu	2,1	0,5	1	2,1	4,7	1,6	1,6
Lampung	1,3	0,4	0	0,2	6,5	0,7	0,2
Bangka Belitung	3	0,5	0	2	6,4	2	1,5
Kepulauan Riau	0,9	0,4	0	1,3	9,1	0,4	1,3
DKI Jakarta	4,6	1,7	0,5	3,1	20	6,7	1

Provinsi	Komplikasi Dialami sesudah melahirkan						
	Terbantun	Pengisian sil	Kejang	Demam	Nyeri	Rasa sepih/	Lainnya
	melahirkan	melahirkan	tinggi	payudara	tekanan		
Jawa Barat	3,5	1,2	0,4	2,1	9,8	2,7	0,8
Jawa Tengah	2	0,5	0,3	1	10,6	1,6	0,8
DI Yogyakarta	2,8	0,6	0	0,6	13,3	2,2	1,7
Jawa Timur	3,3	0,9	0,4	1	10,7	2,7	0,3
Banten	4,2	2,1	0,5	2,1	11,4	4,3	1,1
Bali	3,4	0,8	0,4	1,9	11,8	2,3	1,5
Nusa Tenggara Barat	7,5	1,9	1,1	3,2	32,4	2,1	0,4
Nusa Tenggara Timur	4,7	1,6	1,9	4,3	11,3	1,2	0,8
Kalimantan Barat	2,3	1,4	0,6	1,1	15,6	0,9	0
Kalimantan Tengah	6,5	1,4	0	2	8,8	2,4	0,3
Kalimantan Selatan	2,9	0,9	0,9	1,8	20,3	3,5	0,9
Kalimantan Timur	1,6	1,6	0,5	0,8	10,4	0,5	0,5
Sulawesi Utara	1,2	0,6	0,6	0,6	11,1	1,9	1,2
Sulawesi Tengah	5,8	2,3	2,7	4,7	24,1	3,1	1,6
Sulawesi Selatan	5,1	1,2	0,3	3,3	14,2	2,4	0,7
Sulawesi Tenggara	1,1	0	0	1,1	8,8	0,4	0,4
Gorontalo	4,4	0,6	1,3	6,3	22,5	2,5	0,6
Sulawesi Barat	2,1	0,5	1,6	0	12	1	0,5
Maluku	1,7	0,6	0	0	8,4	0,6	1,7
Maluku Utara	1,2	0	0	0	2,4	1,2	2,4
Irian Jaya Barat	7,1	1,4	2,4	3,3	5,2	3,3	0,5
Papua	3	2,7	1,5	0,8	6,4	2,7	0,4
Indonesia	3,2	1	0,5	1,8	11,4	2,2	0,8

Proporsi WUS yang mengalami perdarahan pascanifas tujuh provinsi di atas rerata nasional ada di Provinsi NTB 7,5%, Irian Jaya Barat 7,1%, Kalimantan tengah 6,5%, Sulawesi Tengah 5,8%, Sulawesi Selatan 5,1%, NTT 4,7% dan Gorontalo 4,4%.

Komplikasi yang dialami dalam masa nifas tertinggi rerata nasional nyeri pada payudara 11,4%, perdarahan 3,2%, rasa sepih atau tertekan 2,2%, dan demam tinggi 1,8%.



Gambar 4.2 Pemeriksaan kesehatan sesudah melahirkan, Riskesdas tahun 2010



Gambar 4.3 Pemeriksaan kesehatan ke dukun sesudah melahirkan, Riskesdas tahun 2010

## PEMBAHASAN

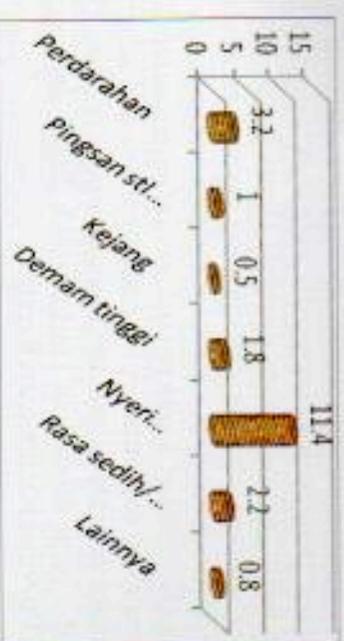
*Millennium Development Goals* (MDGs) adalah sebuah komitmen bersama masyarakat internasional untuk mempercepat pembangunan manusia dan pengentasan kemiskinan. Salah satu tujuan MDGs, yaitu menurunkan Angka Kematian Balita sebesar dua pertiga dari tahun 1990 sampai dengan tahun 2015. Indikator Angka Kematian Balita yang paling penting adalah Angka Kematian Bayi, untuk selanjutnya disebut AKB. Selain itu, AKB merupakan salah satu tolok ukur untuk

menilai sejauh mana ketercapaian kesejahteraan rakyat sebagai hasil dari pelaksanaan pembangunan bidang kesehatan. Kegunaan lain dari AKB adalah sebagai alat monitoring situasi kesehatan, sebagai input penghitungan proyeksi penduduk, serta dapat juga dipakai untuk mengidentifikasi kelompok penduduk yang mempunyai risiko kematian tinggi (SDKI, 2004). Pada dekade 1990-an, rerata penurunan AKB adalah lima persen per tahun, sedikit lebih tinggi daripada dekade 1980-an sebesar empat persen per tahun. Keberhasilan dalam menurunkan AKB ini cukup signifikan, namun AKB di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN, yaitu 1,3 kali lebih tinggi daripada Filipina; 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand dan 4,6 kali lebih tinggi daripada Malaysia (Bappenas, 2008).

Dilihat dari AKB-nya, dalam periode 1991-2005 Indonesia sudah memenuhi target dari MDGs, artinya ditinjau dari tujuan dapat dikatakan sudah berhasil. Namun kecenderungan yang terjadi, berdasarkan prediksi dari tim BPS/UNDP-Bappenas (2005) penurunan AKB tidak berlangsung cepat, tetapi turun perlahan secara eksponensial. Berdasarkan pola ini, diperkirakan di tahun 2015 AKB di Indonesia mencapai 21 kematian bayi per 1000 kelahiran. Angka ini belum memenuhi target dari MDGs yaitu sebesar 17 kematian bayi per 1000 kelahiran. Untuk itu pemerintah harus berupaya keras melalui berbagai program intervensi untuk menekan AKB ini.

Di antara berbagai provinsi di Indonesia pada tahun 2007, posisi Jawa Timur apabila dilihat dari AKB-nya, termasuk kelompok menengah yaitu 35 kematian per 1000 kelahiran, AKB terendah yaitu DI Yogyakarta dengan 19 kematian bayi per 1000 kelahiran, sedangkan yang tertinggi adalah Provinsi Sulawesi Barat dengan 74 kematian bayi per 1000 kelahiran (BPS, 2007). Pada tahun 2008 AKB Jawa Timur turun dari 35 menjadi 32. Apabila dicermati lebih lanjut, kabupaten/kota di Jawa Timur mempunyai AKB yang sangat beragam, yang terendah di Kota Blitar (22 kematian per 1000 kelahiran) sedangkan tertinggi di Kabupaten Probolinggo (69 kematian per 1000 kelahiran). Terjadinya keragaman dan ketimpangan antar daerah menarik untuk dikaji, apa penyebabnya dan apakah ada aspek wilayah berpengaruh terhadap AKB. Aspek wilayah dalam penelitian ini terkait dengan perbedaan karakteristik antar daerah, diantaranya adalah ketersediaan tenaga medis serta fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh kabupaten/kota di Jawa Timur.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002-2003 mengumpulkan berbagai informasi, di antaranya tentang kematian bayi yang dikelompokkan berdasarkan karakteristik sosial ekonomi



Gambar 4.4 Proporsi WUS berdasarkan komplikasi yang dialami dalam masa nifas, Riskesdas tahun 2010

dan biodemografis. Variabel sosial ekonomi tersebut mencakup tempat tinggal, pendidikan, serta indeks kekayaan kuantil. Variabel biodemografis meliputi umur ibu, paritas dan jarak kelahiran. Beberapa variabel lain yang berpengaruh terhadap kematian bayi antara lain berat bayi saat lahir, pemeriksaan kehamilan dan penolong kelahiran, serta komplikasi saat persalinan, semuanya telah tercakup di dalamnya. Secara umum, bayi yang lahir dari ibu yang tinggal di daerah perkotaan, mempunyai AKB yang lebih rendah daripada ibu yang tinggal di daerah pedesaan, hal ini kemungkinan terkait dengan ketersediaan fasilitas yang lebih memadai dan perilaku kesehatan yang lebih baik dari penduduk perkotaan dibandingkan dengan penduduk pedesaan. Pendidikan ibu mempunyai hubungan berbanding terbalik dengan AKB. Keluarga yang memiliki ibu berpendidikan rendah, mempunyai kecenderungan AKB lebih besar daripada keluarga yang ibunya berpendidikan lebih tinggi. SDKI (2004) mencatat AKB dari ibu yang tidak sekolah adalah 67 kematian bayi per 1000 kelahiran, sedangkan ibu yang berpendidikan SLTP mempunyai AKB hampir sepertiganya, yaitu 23 kematian bayi per 1000 kelahiran. Penelitian tentang AKB telah dilakukan oleh beberapa peneliti diantaranya adalah Wahid (1993), Nugroho (1993), Sutanto (1995), Patriani dkk (1999) dan Hartono dkk (2000). Wahid (1993) mengulas tentang pengaruh faktor sosial ekonomi terhadap kematian bayi di Sulawesi dengan metode regresi logistik. Penelitian ini hanya mengkaji hubungan faktor-faktor tersebut terhadap risiko kematian bayi yang ditimbulkannya, dengan melihat nilai *odds ratio* dari model yang terbentuk. Hal serupa juga dilakukan oleh Nugroho (1993) dengan cakupan wilayah di Kecamatan Siveg dan Kecamatan Cabus Wetan Kabupaten Indramayu, serta Sutanto (1995)

dengan ruang lingkup daerah di luar Pulau Jawa. Patriani dkk (1999) meneliti tentang pengaruh karakteristik keluarga terhadap kematian bayi di desa tertinggal pada tiga provinsi (Jawa Barat, Jawa Tengah dan Sumatera Selatan). Metode statistik yang digunakan adalah uji *Chi Square*. Penelitian tersebut hanya mengidentifikasi hubungan/keترkaitan antara berbagai variabel karakteristik keluarga terhadap kematian bayi, tidak mengkaji bagaimana pola hubungannya dan seberapa kuat hubungan antara variabel *independent* dengan variabel *response*. Demikian juga penelitian yang dilakukan Hartono dkk (2000) dengan wilayah observasi di Provinsi Kalimantan Barat.

Di Indonesia penelitian tentang AKB sudah banyak dilakukan, tetapi belum ada penelitian yang mengkaji AKB dan faktor-faktor yang memengaruhi dengan tinjauan aspek spasial. Aspek spasial ini penting untuk dikaji, karena antara satu wilayah dengan wilayah lain mempunyai perbedaan karakteristik. Keragaman karakteristik antar kabupaten/kota di Jawa Timur menentukan kualitas kesehatan pada daerah tersebut. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) sangat erat kaitannya dengan kualitas kesehatan di suatu daerah.

Keunikan karakteristik suatu wilayah seringkali kurang teramati fenomenanya. Informasi tentang karakteristik lokasi ini bisa ditangkap dengan menggunakan analisis data spasial. Kurnoro (2002) mengatakan bahwa selama kurang lebih satu abad, para pakar geografi, pakar ekonomi, perencana kota, para ahli strategi bisnis, ilmuwan regional dan ilmuwan lainnya telah mencoba memberikan penjelasan tentang mengapa dan tempat suatu aktivitas berlokasi. Hal ini mendorong semakin maraknya penelitian tentang efek lokasi/spasial sebagai tempat berlangsungnya berbagai aktivitas, baik aktivitas ekonomi maupun aktivitas sosial lainnya.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Kajian ini menampilkan disparitas antara masyarakat dan kelompok sosial ekonomi yang jelas terlihat di sektor kesehatan. Data menunjukkan, tingkat kematian balita di kalangan keluarga miskin lebih dari tiga kali lipat dibandingkan di rumah tangga terkaya. Di antara ibu yang tidak berpendidikan, hanya 15% dari mereka melahirkan di fasilitas kesehatan. Proporsinya terus meningkat seiring naiknya status pendidikan, di mana ibu dengan status pendidikan menengah hingga tinggi angkanya mencapai 71%. Persentase kelahiran yang dibantu oleh petugas kesehatan terlatih juga meningkat ketika pendapatan seorang ibu atau status pendidikannya meningkat.

Diperlukan strategi global untuk kesehatan perempuan dan anak-anak dalam memenuhi tujuan utama mendukung perempuan dan kesehatan anak-anak. Tujuan ini meliputi lebih banyak bidan terlatih, akses terhadap kontrasepsi dan perawatan melahirkan terampil, gizi yang lebih baik, pencegahan penyakit menular dan pendidikan masyarakat yang lebih kuat. Terutama kelompok rentan yaitu balita, WUS dan usia.

Di Indonesia, menurut UNICEF, fokus harus lebih ditempatkan pada seluruh sistem pendidikan yang mengatasi semua komponen - sumber daya manusia, pendidikan kesehatan dan gizi, akses ke perawatan, kualitas pelayanan, peraturan dan standarisasi pelayanan, pemerintahan dan tingkat yang memadai dan penargetan pembiayaan. Upaya bersama dengan asuransi kesehatan dan mekanisme perlindungan sosial lain, akan membangun sistem kesehatan yang lebih responsif dan sistem kesehatan masyarakat yang lebih baik.

Peningkatan investasi di sektor kesehatan yang lebih adil/equity, dan memperkuat jaring pengaman untuk mereka yang paling rentan, akan memberikan manfaat jangka panjang dalam persamaan kualitas pelayanan kesehatan.

Ibu yang sehat akan melahirkan anak-anak yang lebih sehat. Anak sehat akan tetap bersekolah, memiliki anak lebih sedikit tetapi lebih sehat di kemudian hari, dan lebih banyak anggota masyarakat yang produktif. Bersama secara terpadu memberikan dasar yang kuat untuk menghilangkan kemiskinan, mengurangi pengucilan sosial dan mempertahankan pertumbuhan ekonomi dan stabilitas.

# Analisis Aksesibilitas Hubungan Ketenagaan dan Ketersediaan Polindes dan Poskesdes dengan Akses Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Niniek Lely Proliwi, Hari Basuki, Henri Maryanti

## PENDAHULUAN

Berbagai Strategi yang telah dilakukan oleh kementerian kesehatan dalam menurunkan angka kematian ibu dan anak. Pencanangan strategi yang telah dilakukan mulai hilir sampai hulu, Seperti contoh dari sisi hulu pemerintah telah memfasilitasi keberadaan bidan desa, bahkan penempatan bidan desa di setiap desa satu bahkan dua bidan desa. Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan puskesmas pelayanan obstetrik dasar atau Poned dan rumah sakit dengan fasilitas pelayanan obstetrik komprehensif atau Ponek, kebijakan tersebut juga dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Belum lagi percepatan dokter spesialis yang telah dimulai pada tahun 2010 sampai sekarang.

Dari sisi hilir, pemerintah telah mencanangkan kebijakan yang cukup menggigit yaitu dengan dicanangkannya sejak tahun 2012 puskesmas dengan program preventif dan promotif. Pemberdayaan masyarakat yang telah menjadi salah satu sub sistem dari Sistem Kesehatan Nasional,

fasilitasi UKBM dengan tersedianya poskesdes, polindes dan posyandu yang merupakan salah satu indikator pemberdayaan masyarakat di tingkat desa. Kebijakan jampersel telah juga digulirkan, entah kebijakan apalagi, tentu ini yang harus menjadi pertanyaan besar. Kemungkinan yang harus banyak dibenahi secara sistem adalah manusianya. Sumber daya manusia ini yang harus dibangun cinta tanah air, pembangunan moralitas di samping membangun kognitif tentang peningkatan kesehatan ibu dan anak. Membangun nilai kebersamaan, gotong royong dan rasa sosial yang tinggi pada generasi muda, para remaja yang kelak akan menjadi calon ibu, calon bapak bagi putra-putrinya.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013 yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbangkes) Kementerian Kesehatan telah dipublikasikan. Riset yang dilakukan di 33 provinsi dan 497 kabupaten/kota tersebut di antaranya dimaksudkan untuk memotret profil kesehatan ibu di tingkat masyarakat. Dari hasil Riskesdas 2013 dan 2010, dapat diketahui bahwa secara umum, akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu dari tahun ke tahun cenderung semakin membaik.

Terkait dengan pelayanan kesehatan ibu hamil, hasil Riskesdas 2013 menunjukkan cakupan pelayanan antenatal bagi ibu hamil semakin meningkat. Hal ini memperlihatkan semakin membaiknya akses masyarakat terhadap pelayanan antenatal oleh petugas kesehatan. Cakupan pelayanan antenatal pertama kali tanpa memandang trimester kehamilan (K1 akses) meningkat dari 92,7% pada tahun 2010 menjadi 95,2% pada tahun 2013. Peningkatan akses ini juga sejalan dengan cakupan ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal pertama pada trimester pertama kehamilan (K1 Trimester 1), yaitu dari 72,3% pada tahun 2010 menjadi 81,3% pada tahun 2013. Demikian pula pada tahapan selanjutnya, cakupan pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali kunjungan (K4) juga meningkat dari 61,4% pada tahun 2010 menjadi 70,0% pada tahun 2013.

Potret yang cukup menggehirkan juga tampak pada profil kesehatan ibu bersalin dan nifas. Proporsi ibu yang persalinannya ditolong tenaga kesehatan meningkat dari 79,0% pada tahun 2010 menjadi 86,9% pada tahun 2013. Pada tahun 2013, sebagian besar (76,1%) persalinan juga sudah dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan dan Poskesdes/Polindes dan hanya 23,7% ibu bersalin yang masih melahirkan di rumah. Angka peningkatan yang cukup drastis terlihat pada cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas (Kf1), yaitu dari 46,8% pada tahun 2010 menjadi 81,7% pada tahun 2013.

Tiga puluh tahun berlalu sejak *The State of the World's Children* mempublikasikan tabel untuk standarisasi global dan statistik nasional yang bertujuan untuk menyediakan gambaran detail dari kondisi anak-anak. Banyak data yang berubah dalam beberapa dekade dari indikator pertama untuk kehidupan anak-anak yang bahagia, sehat dan berkecukupan. Data berlanjut untuk advokasi dukungan dan aksi yang menguntungkan untuk 2,2 miliar anak di dunia. Selain itu, data ini berbasis fakta untuk mendukung pengambilan keputusan dan aksi untuk meningkatkan kualitas kehidupan anak-anak.

UNICEF mempublikasikan berbagai fakta terbaru seputar kesehatan dan kesejahteraan anak tersebut melalui 'The State of the Children 2014 in Numbers'. Publikasi tahunan ini memberikan sejumlah angka yang dapat memperlihatkan kesenjangan dalam hal kesejahteraan anak berdasarkan social determinants, seperti status ekonomi, lokasi tempat tinggal, dan ras.

### Profil Akses Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Pelayanan ANC

Tabel 5.1 Hubungan karakteristik responden dengan akses untuk mendapatkan pelayanan ANC oleh tenaga kesehatan Riskesdas 2010

Variabel	Kategori	ANC Nakes		Total	Chi Square	Prevalence Ratio
		Ya	Tidak			
Pendidikan	SLTA ke atas	7085 (98,7%)	95 (1,3%)	7180 (100,0%)	p=0,000	1,092
	Di bawah SLTA	11785 (90,3%)	1262 (9,7%)	13047 (100,0%)		
	Pekerjaan	9699 (94,2%)	602 (5,8%)	10301 (100,0%)		
Bekerja	Bekerja	9171 (92,4%)	755 (7,6%)	9926 (100,0%)	p=0,000	1,079
	Status Ekonomi	10339 (96,6%)	363 (3,4%)	10702 (100,0%)		
	Kuantil 1-2	8531 (89,6%)	994 (10,4%)	9525 (100,0%)		

Ibu Pernah hamil dengan pendidikan SLTA ke bawah mempunyai hubungan signifikan dengan prevalensi ratio 1,1 kali lebih banyak mendapatkan pelayanan ANC oleh tenaga kesehatan dibandingkan ibu

pernah hamil dengan pendidikan ke atas SLTA. Hal yang sama juga pada ibu dengan status ekonomi di kuintil 3,5 mempunyai prevalensi Ratio 1,1 kali lebih mudah mendapatkan akses pelayanan ANC ke tenaga kesehatan dibandingkan ibu pernah hamil dengan status ekonomi di kuintil 1,2.

**Tabel 5.2** Hubungan karakteristik responden dengan frekuensi ANC oleh tenaga kesehatan berdasarkan Riskesdas 2010

Variabel	Kategori	Frekuensi ANC		Total	Chi Square	Prevalence Ratio
		≥ 4 kali	< 4 kali			
Pendidikan	SLTA ke atas	6472 (90,1%)	708 (9,9%)	7180 (100,0%)	p=0,000	1,250
	Di bawah SLTA	9407 (72,1%)	3640 (27,9%)	13047 (100,0%)		
	Pekerjaan					
Status Ekonomi	Tidak bekerja	8246 (80,1%)	2055 (19,9%)	10301 (100,0%)	p=0,000	1,041
	Bekerja	7633 (76,9%)	2293 (23,1%)	9926 (100,0%)		
	Kuintil 1-2	9152 (85,5%)	1550 (14,5%)	10702 (100,0%)	p=0,000	1,211
Kuintil 3-5	6727 (70,6%)	2798 (29,4%)	9525 (100,0%)			

Berdasarkan uji Korelasi Pearson tampak bahwa Ibu Pernah hamil dengan pendidikan SLTA ke atas mempunyai hubungan signifikan dengan rasio prevalensi 1,3 kali lebih banyak mendapatkan Frekuensi pelayanan ANC ≥ 4 kali oleh tenaga kesehatan (90,1%) dibandingkan ibu pernah hamil dengan pendidikan SLTA ke bawah (72,1%). Hal yang sama juga pada ibu dengan status ekonomi di kuintil 3, 5 mempunyai rasio prevalensi 1,2 kali lebih banyak frekuensi mendapatkan akses pelayanan ANC ≥ 4 kali ke tenaga kesehatan dibandingkan ibu pernah hamil dengan status ekonomi di kuintil 1,2.

Berdasarkan tabel 5.3 tampak bahwa ada korelasi hubungan yang bermakna antara akses ketersediaan dokter dan desa dengan bidang desa, desa dengan poskesdes terhadap pelayanan KB, ANC nakes, mulai ANC ≥ 4 kali, ANC trimester 1 sampai trimester 3. Namun, bidang yang tinggal di desa tidak ada hubungan yang bermakna dengan akses pelayanan TT, KB, dan ANC. Besar prevalensi rasio sebanyak 1 kali lebih banyak cakupan pelayanan TT, KB dan ANC dengan ketersediaan tenaga medis dokter, para medis, desa dengan bidang desa dan poskesdes.

**Tabel 5.3** Hubungan korelasi antara frekuensi ANC selama hamil dalam lima tahun terakhir berdasarkan Riskesdas th 2011

Akses Pelayanan (%)	Poskesdes dgn dukter (%)	Desa dgn bidan desa (%)	Bidan tinggal di desa (%)	Desa dgn Polindes (%)	Desa dgn Poskesdes (%)
TT	r=0,359* p=0,040	r=0,089 p=0,630	r=-0,285 p=0,114	r=-0,030 p=0,873	r=0,102 p=0,578
KB	r=0,570* p=0,001	r=0,553* p=0,001	r=0,045 p=0,807	r=0,164 p=0,370	r=0,449* p=0,010
ANC Nakes	r=0,826* p=0,000	r=0,612* p=0,000	r=0,075 p=0,682	r=0,055 p=0,765	r=0,432* p=0,014
ANC ≥4 kali	r=0,726* p=0,000	r=0,462* p=0,008	r=0,128 p=0,485	r=0,153 p=0,402	r=0,245 p=0,177
ANC Trimester 1	r=0,771* p=0,000	r=0,638* p=0,000	r=0,035 p=0,849	r=0,160 p=0,382	r=0,339 p=0,057
ANC Trimester 2	r=0,777* p=0,000	r=0,557* p=0,001	r=0,089 p=0,628	r=0,070 p=0,702	r=0,355* p=0,046
ANC Trimester 3	r=0,706* p=0,000	r=0,438* p=0,012	r=0,124 p=0,499	r=0,133 p=0,468	r=0,267 p=0,139

Keterangan : \* ada korelasi p = < 0,05

### Capaian Indikator Kesehatan Ibu dan Anak dalam MDGs

Terlihat dari gambar 5.1 seluruh indikator KIA, seperti Linakes 78,4%, cakupan KI 85,3%, K4 70,2%, KN1 75,5%, KN2 55,1% dan KF 71,8%. Untuk rincian setiap indikator per provinsi dapat dilihat pada gambar 5.2 berikut.

Indikator KI secara rerata Nasional 85,3%, provinsi terendah cakupan KI Irian Jaya Barat 61,5%, Gorontalo 68,2%.

Indikator K4 secara rerata nasional 79,2% lebih rendah dari cakupan KI, provinsi dengan cakupan K4 terendah adalah: provinsi Sulawesi tengah 41,8%, Irian Jaya barat 42,0% jauh berada di bawah rerata nasional.

Cakupan Linakes atau bersalin pada tenaga kesehatan secara rerata nasional 78,4%, cakupan terendah ada di beberapa provinsi antara lain provinsi Maluku Utara 32,4%, Maluku 53,0% dan Irian Jaya Barat 54,1%.

Pada gambar 5.5 tampaknya provinsi dengan cakupan KNI terendah di bawah rerata nasional antara lain provinsi Irian Jaya barat 41,6%, Maluku Utara 43,9% dan Maluku 52,4%.

Dari gambar 5.6 terlihat cakupan KN2 secara rerata nasional 55,1%, cakupan terendah antara lain berada di provinsi Maluku Utara 16,2%, Irian Jaya Barat 22,1% dan Nusa Tenggara Timur 27,3%.

Berdasarkan gambar 5.7 cakupan kunjungan fetus atau KFI rerata nasional 71,8%, provinsi dengan cakupan terendah adalah provinsi Maluku Utara 40,1%, Irian Jaya Barat 42,2% dan Papua 49,6%.

### Angka Kematian Ibu dan Bayi, Neonatus, dan Balita di Indonesia

Pada gambar 5.8 tampak rerata jumlah anak hidup secara nasional 3 orang dalam satu kepala keluarga, jumlah anak hidup paling sedikit yaitu di provinsi DI Yogyakarta 2 orang per KK, Jawa Timur hampir sama yaitu 2 orang per KK, namun di Provinsi NTT 3-4 orang per KK.

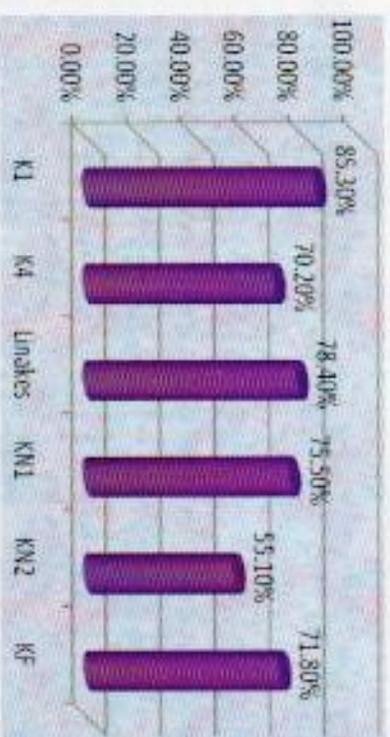
Rerata jumlah anak meninggal secara nasional 1 per 10 KK, provinsi tertinggi jumlah kematian anak di provinsi Sulawesi Barat, Maluku Utara, Gorontalo dan Irian Jaya Barat, NTB dan NTT.

Tabel 5.4 Proporsi WUS menurut jumlah anak hidup, Riskesdas 2010

Provinsi	Jumlah Anak					
	Hidup		Mati		Total	
	Rerata	SD	Rerata	SD	Rerata	SD
NAD	2,73	1,755	0,12	0,385	2,85	1,876
Sumatra Utara	3,01	1,704	0,1	0,416	3,11	1,816
Sumatra Barat	2,91	1,684	0,1	0,361	3,01	1,770
Riau	2,66	1,536	0,07	0,337	2,74	1,622
Jambi	2,28	1,286	0,14	0,535	2,42	1,451
Sumatra Selatan	2,32	1,420	0,08	0,324	2,4	1,463
Bengkulu	2,42	1,443	0,06	0,289	2,48	1,534
Lampung	2,23	1,223	0,07	0,324	2,3	1,290
Bangka Belitung	2,39	1,470	0,08	0,334	2,47	1,551
Kepulauan Riau	2,2	1,075	0,05	0,212	2,25	1,125
DKI Jakarta	2,14	1,128	0,06	0,243	2,19	1,167
Jawa Barat	2,37	1,385	0,1	0,415	2,48	1,503
Jawa Tengah	2,23	1,162	0,05	0,259	2,28	1,205
DI Yogyakarta	1,91	0,859	0,04	0,226	1,95	0,928
Jawa Timur	2,08	1,098	0,05	0,245	2,13	1,155
Banten	2,7	1,820	0,17	0,543	2,87	2,050

Bali	2,08	1,032	0,09	0,378	2,17	1,134
Nusa Tenggara Barat	2,32	1,315	0,17	0,518	2,49	1,471
Nusa Tenggara Timur	3,41	1,865	0,14	0,485	3,54	1,983
Kalimantan Barat	2,57	1,545	0,09	0,423	2,66	1,705
Kalimantan Tengah	2,35	1,232	0,1	0,328	2,45	1,327
Kalimantan Selatan	2,16	1,191	0,09	0,338	2,25	1,296
Kalimantan Timur	2,49	1,374	0,06	0,392	2,55	1,429
Sulawesi Utara	2,37	1,135	0,06	0,302	2,43	1,176
Sulawesi Tengah	2,94	1,418	0,09	0,323	3,03	1,471
Sulawesi Selatan	2,92	1,662	0,12	0,461	3,04	1,780
Sulawesi Tenggara	3,02	1,555	0,09	0,357	3,11	1,664
Gorontalo	2,88	1,299	0,19	0,51	2,77	1,460
Sulawesi Barat	2,98	1,711	0,21	0,689	3,19	1,944
Maluku	3,12	1,771	0,13	0,515	3,25	2,009
Maluku Utara	3,17	1,705	0,2	0,539	3,37	1,802
Irian Jaya Barat	3,19	1,714	0,17	0,58	3,36	1,883
Papua	3,13	1,867	0,12	0,417	3,25	1,979
Indonesia	2,51	1,480	0,1	0,393	2,6	1,589

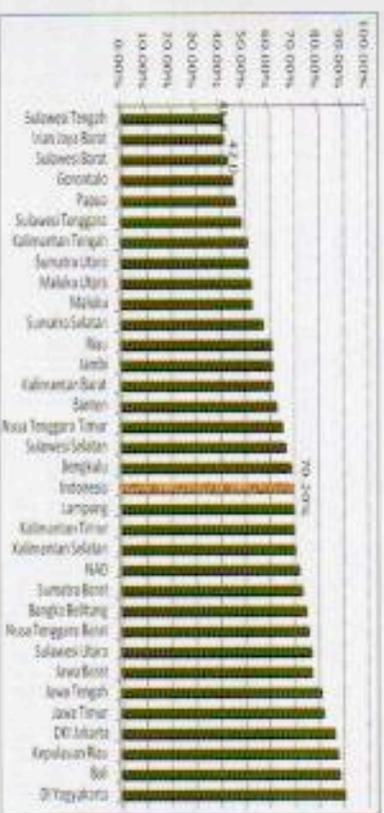
Rerata jumlah anak hidup per kepala keluarga secara nasional 2-3 orang, rerata mati secara nasional berjumlah 1 orang per 10 KK, Provinsi tertinggi jumlah kematian anak per 10 KK di provinsi Irian Jaya Barat 2 per 10 KK, NTB 2 per 10 KK.



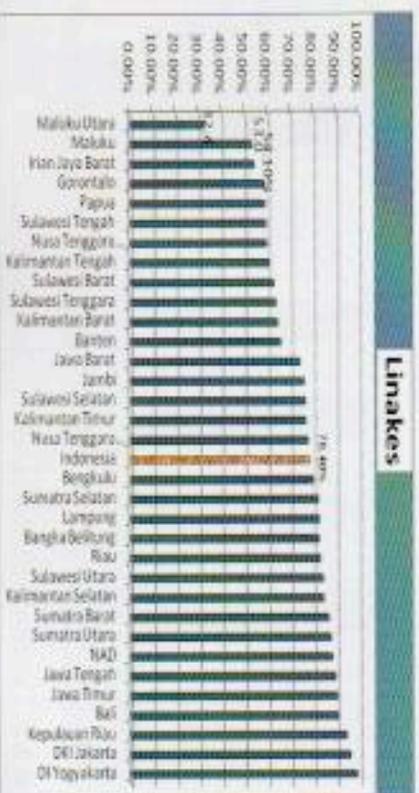
Gambar 5.1 Capaian indikator kesehatan ibu dan anak



Gambar 5.2 Capaian indikator K1

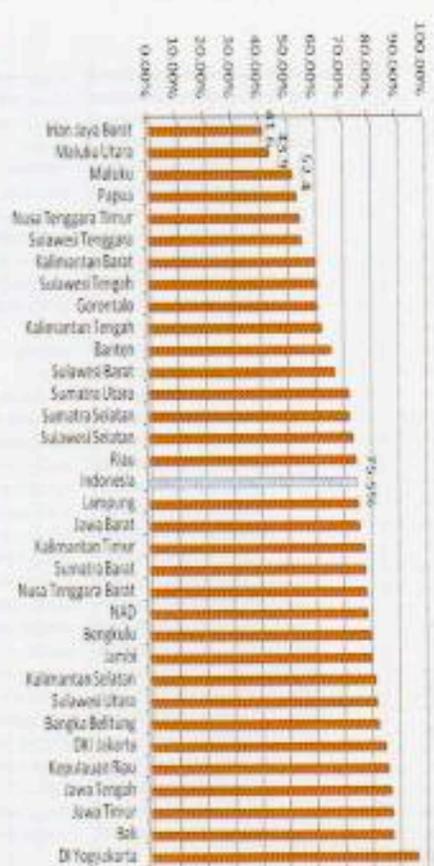


Gambar 5.3 Capaian indikator K4

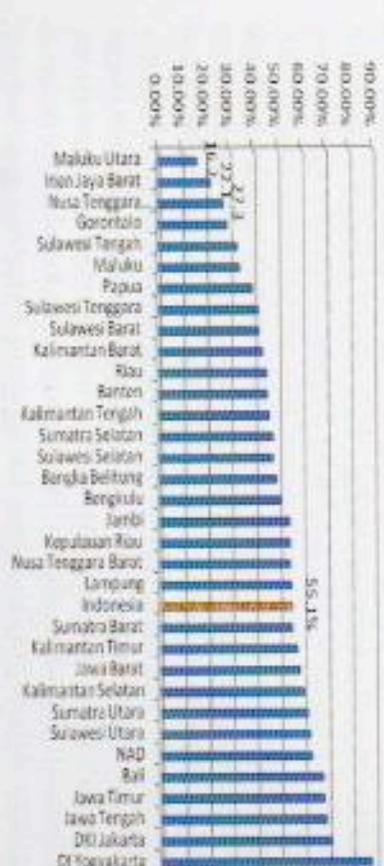


Gambar 5.4 Cakupan Linakes

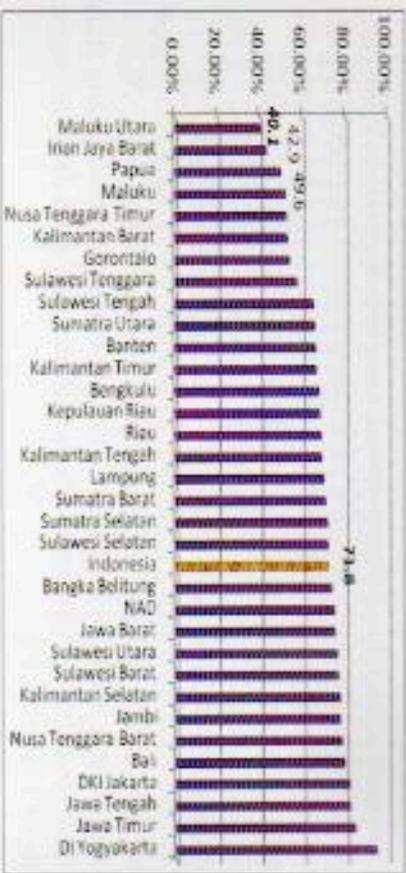
Secara rerata nasional proporsi anak yang meninggal dari WUS yang pernah melahirkan hidup, namun sejak diambil pengumpulan data pada tahun 2010 meninggal sebesar 7,3%, provinsi tertinggi proporsi anak yang meninggal di Provinsi Maluku Utara 15%, Gorontalo 14,5%. Proporsi jumlah satu anak laki-laki yang meninggal sebesar 4,2%, 2 orang anak laki-laki 0,5% dan 3 anak laki-laki meninggal 0,1%. Berdasarkan gambar 5.12 jumlah satu anak perempuan meninggal sebanyak 3,0%, 2 anak perempuan 0,4%, 3 anak perempuan 0,1%. Umur saat anak meninggal < 1 bulan sebesar 52,2%, kurang dari 2 tahun (1-23 bulan) sebesar 43,5% dan umur anak lebih dari atau sama dengan 2 tahun 4,3%.



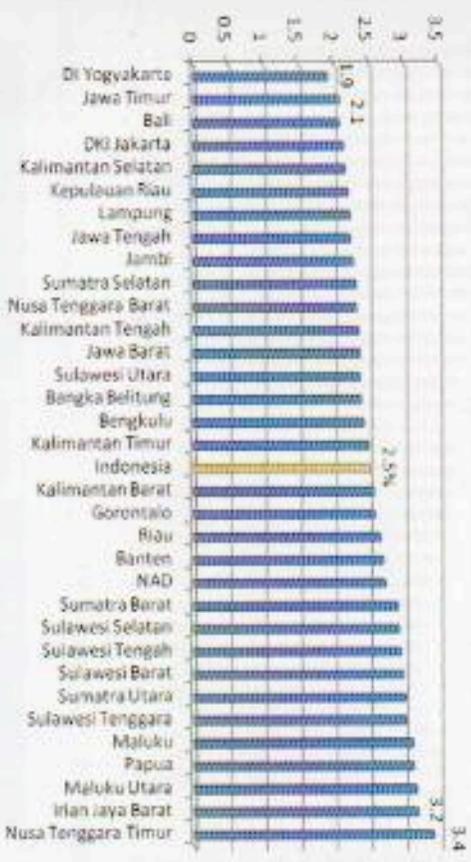
Gambar 5.5 Cakupan KNI



Gambar 5.6 Cakupan KN2

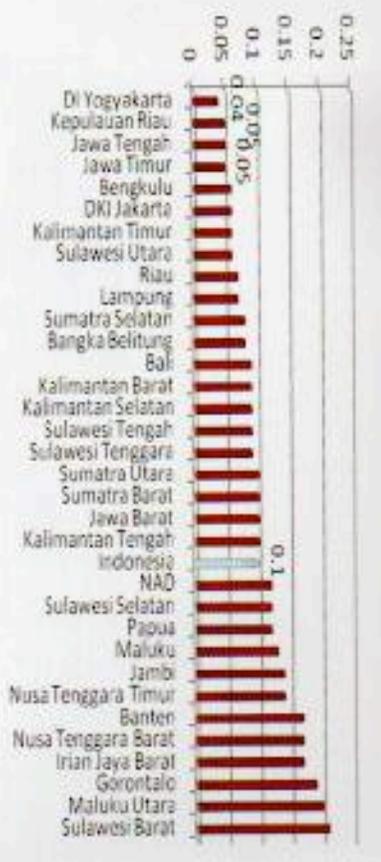


Gambar 5.7 Cakupan KF

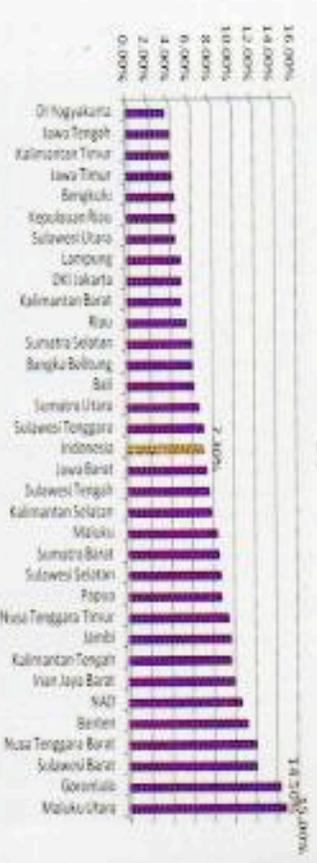


Gambar 5.8 Kerata jumlah anak hidup

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tergolong tinggi, jika dibandingkan dengan negara lain di kawasan ASEAN. Berdasarkan Human Development Report 2010, AKB di Indonesia mencapai 31 per 1,000 kelahiran. Angka itu, 5,2 kali lebih tinggi dibandingkan Malaysia, juga, 1,2 kali lebih tinggi dibandingkan Filipina dan 2,4 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan Thailand. Oleh karena itu, masalah ini harus menjadi perhatian serius. Data Departemen Kesehatan, terdapat penurunan dalam jumlah kasus balita yang tergolong gizi kurang dan gizi buruk. Tahun 2004, jumlah balita gizi kurang dan gizi buruk

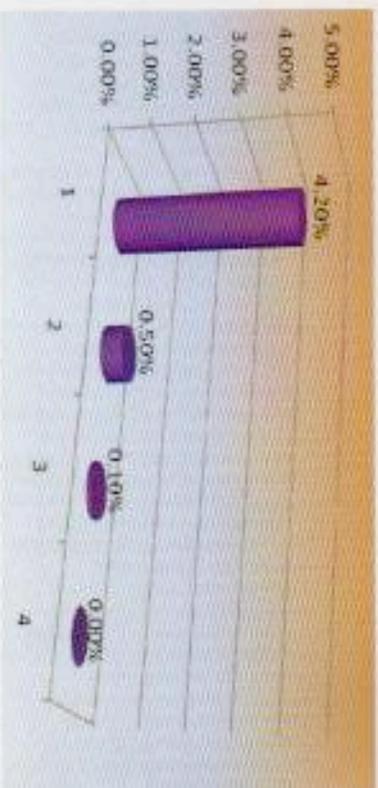


Gambar 5.9 Kerata jumlah anak hidup

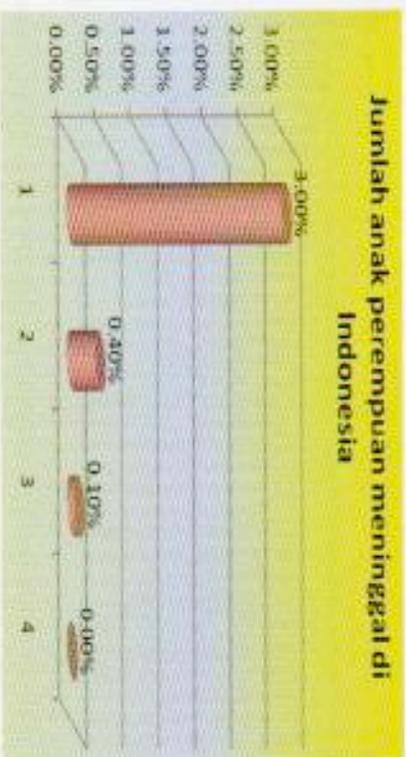


Gambar 5.10 Proporsi WUS yang pernah melahirkan hidup yang sekarang meninggal

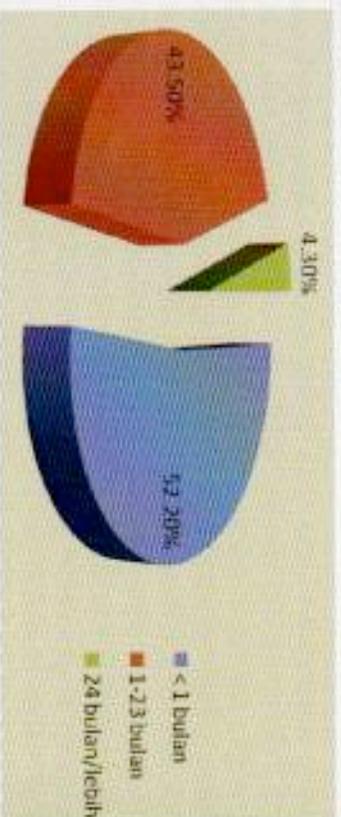
sebanyak 5,1 juta anak, 2006, jumlah balita gizi kurang dan buruk turun jadi 4,28 juta anak. Tahun 2007, angka kasus balita gizi kurang dan buruk menurun menjadi 4,13 juta anak. Selain itu, angka kematian ibu dan anak di Indonesia masih menjadi salah satu yang tertinggi di Asia. Tahun 2002, angka kematian ibu saat melahirkan mencapai 307 per 100,000 kelahiran hidup. Angka ini 65 kali lebih tinggi dibandingkan Singapura, 9,5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan Malaysia dan 2,5 kali lebih tinggi dibanding Filipina. Rerata angka kematian ibu di dunia mencapai 400,000 per 100,000 kelahiran hidup. Pemerintah menargetkan untuk mengurangi angka kematian ibu dari 390 per 100,000 kelahiran hidup (SDKI 1994) menjadi 225 per 100,000 di tahun 1999, dan menargetkan menjadi 225 per 100,000 di tahun 2010. Berdasarkan data demografi di Indonesia tahun 2002, sebanyak 307 ibu meninggal dalam persalinan di setiap 100,000 kelahiran hidup dan 228 per 100,000 di tahun 2009.



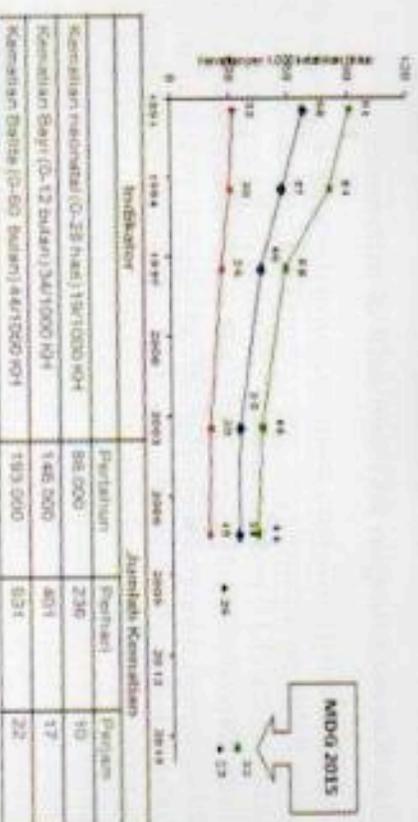
Gambar 5.11 Jumlah Anak Laki-laki Meninggal di Indonesia



Gambar 5.12 Jumlah Anak perempuan Meninggal di Indonesia



Gambar 5.13 Umur saat anak meninggal di Indonesia



Gambar 5.14 Angka kematian Neonatal, Bayi dan Balita (SDKI 2007)

**PREDIKSI ANGKA KEMATIAN IBU TAHUN 2015 BERDASARKAN SDKI**



Gambar 5.15 Prediksi angka kematian ibu tahun 2015 berdasarkan SDKI

## Analisis Kecenderungan AKI dan AKB di Indonesia

Angka kematian Balita, bayi, maupun neonatal terus menurun, Angka kematian Balita menurun dari 97 pada tahun 1991 menjadi 44 per 1.000 kelahiran hidup (KHL) pada tahun 2007 (SDKI). Angka kematian bayi, menurun dari 68 menjadi 34 per 1.000 KH pada periode yang sama. Angka kematian neonatal menurun dari 32 menjadi 19 kematian per 1.000 KH. Sementara target *Millennium Development Goals* (MDGs) tahun 2015 adalah 32/1000 KH untuk Angka Kematian Balita dan 23 per 1.000 KH untuk angka kematian bayi.

Angka kematian ibu menurun dari 307 per 100.000 KH pada tahun 2002 menjadi 228 per 100.000 KH pada tahun 2007 (SDKI). Target tahun 2014 adalah 110 per 100.000 KH. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan.

Selain itu, secara nasional persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih meningkat dari 66,7% pada tahun 2002 menjadi 77,34% pada tahun 2009 (Susenas). Angka tersebut terus meningkat menjadi 82,3% pada tahun 2010 (Data Riskesdas, 2010).

Berdasarkan prediksi angka kematian ibu pada tahun 2015, maka terdapat gap antara target MDGs dengan prediksi regresi linier sebesar 59. Itu pun jika kita dapat bergerak secara sistem dan *sustainable* seluruh provinsi memberikan dukungan dalam berbagai program peningkatan kesehatan maternal dengan ujung tombak pada program preventif, dan promotif dengan pilar pemberdayaan masyarakat setempat.

*Millennium Development Goals* (MDGs) saat ini merupakan salah satu isu dunia yang praktisnya berupa delapan tujuan utama pekerjaan rumah bersama seluruh negara dan masyarakat dunia, termasuk Indonesia yang harus direalisasikan sesuai target waktu yang disepakati. Seluruh pimpinan tertinggi negara berkomitmen membawa Indonesia ke atas meja bersama 188 negara di dunia saat MDGs ini dirumuskan melalui Deklarasi Milenium pada tahun 2000 silam.

Secara singkat, MDGs berupa delapan butir tujuan bersama yang mencakup pencapaian tujuan dalam beberapa bidang kehidupan.

- Tujuan ke-1: Mengentaskan Kemiskinan dan Kelaparan
- Tujuan ke-2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua
- Tujuan ke-3: Mendukung Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan
- Tujuan ke-4: Mengurangi Tingkat Kematian Anak

- Tujuan ke-5: Meningkatkan Kesehatan Ibu
- Tujuan ke-6: Memerangi HIV/AIDS dan Penyakit Menular Lainnya
- Tujuan ke-7: Memastikan Kelestarian Lingkungan
- Tujuan ke-8: Mengembangkan Kerjasama dalam Pembangunan

Di Indonesia sendiri, melalui program pencapaian MDGs, menginstruksikan penjabaran beberapa butir tujuan di atas menjadi berbagai target yang lebih praktis dan derivatif. MDGs sendiri oleh Indonesia diterjemahkan sebagai beberapa tujuan dan upaya pembangunan manusia, sekaligus sebagai usaha penanggulangan kemiskinan ekstrem.

Saat ini boleh dikatakan pula bahwa Indonesia menjadi salah satu negara yang "diperhitungkan" dalam forum diskusi internasional. MDGs ini sendiri saat ini sudah memiliki sistem koordinasi sendiri yang oleh pemerintah Indonesia diupayakan agar bisa efektif dalam pencapaiannya. Sayangnya, sekelumit masalah dalam negeri yang beberapa di antaranya tergolong krisis dan bersifat alot dalam penyelesaiannya, mau tidak mau menjadi pengalih perhatian pemerintah dan kalangan masyarakat dalam negeri dari berbagai hal yang tak kalah penting dan esensial seperti realisasi MDGs. Dari pengalaman penulis yang pernah mengikuti konferensi internasional di Phitsanulok Thailand pada tahun 2013 salah satu narasumber dari WHO mengatakan hasil analisisnya bahwa Indonesia lemah di bidang sumber daya manusia, SDM kita lemah dalam menentukan prioritas program kesehatan, Koordinasi sulit antar departemen dalam mencapai tujuan pencapaian MDGs, masih berjalan sendiri-sendiri dan tidak berkesinambungan.

Sekelumit contoh menurut uraian target MDGs Indonesia yang sebagian besar ditargetkan sudah tercapai pada tahun 2015, diuraikan dari tujuan pertama MDGs. Indonesia menargetkan mengentaskan kemiskinan minimal 50% dari seluruh masyarakat miskin di Indonesia. Selain itu, mengurangi jumlah masyarakat penderita kelaparan hingga setengahnya. Namun, jika dilihat dari kaca mata Orang Indonesia dalam perspektif masyarakat, maka tidaklah berlebihan jika dinilai bahwa hingga saat ini belum ada hasil sama sekali yang dirasakan. Bagaimana tidak, kesenjangan sosial semakin bertambah. Yogyakarta misalnya, yang tergolong daerah dengan tingkat kemiskinan di Kabupaten Gunungkidul masih susah payah memperbaiki kemiskinan di Kabupaten Gunungkidul yang sangat kontras dengan beberapa kabupaten di sekitarnya, yakni masih di atas 25% (data tahun 2005). Apalagi dengan temuan survei demografi kesehatan Indonesia atau SDKI pada tahun 2012 bahwa angka kematian ibu bersalin sebesar 359/100.000 kelahiran.

Hal lain adalah program peningkatan kesehatan ibu. Tingkat kematian Ibu karena proses melahirkan di Indonesia oleh WHO dikategorikan masih tinggi, yaitu 1 dari 65. Dalam sepuluh tahun terakhir, angka kematian Ibu di Indonesia menurun hanya sekitar 120, jadi butuh upaya besar jika target 2015 ditekan pada semakin rendahnya angka kematian Ibu ini. Hingga saat ini pun belum begitu banyak dirasakan inovasi dan sosialisasi pencapaian tujuan KB sehingga tingkat kelahiran pun masih tergolong tinggi.

MDCs tampaknya perlu disosialisasikan lebih luas ke masyarakat dengan interpretasi dan pembahasan yang lebih sederhana. Penyelenggara pemerintahan serta penyalur berbagai program dunia untuk masyarakatnya memang dituntut untuk selalu terbuka dan solutif. Dengan tersusunnya rencana strategies di setiap kementerian dan RPJMN pastilah tidak begitu susah untuk membuat masyarakat mengetahui program pemerintah yang paling baik, apalagi memang hanya menyangkut kesejahteraan masyarakat. MDCs saat ini memang belum begitu populer di tanah air, masih banyak masyarakat yang belum paham bahkan menyebut istilahnya saja sudah susah payah. Untuk itu menjadi tugas pemerintah dapat membahasakan nya agar lebih sederhana.

Sosialisasi program dunia untuk masyarakat Indonesia bisa juga menjadi media pembangunan hubungan baik antara pemerintah dan masyarakat yang saat ini sangat rentan terhadap berbagai isu diferensial dan cenderung menimbulkan reaksi represif. Beberapa isu yang terjadi belakangan ini semakin menguatkan adanya indikasi bahwa hubungan pemerintah dengan rakyat semakin renggang dan tegang. Di saat seperti inilah masyarakat membutuhkan kedewasaan pemerintah yang bisa menjadi panutan. Karena pada hakikatnya, hampir tidak ada rakyat yang anti terhadap pemerintahnya sendiri. Bagaimanapun, program *Millenium Development Goals* (MDCs) ini sangat cocok merepresentasikan berbagai masalah yang dialami Indonesia. Melalui MDCs beberapa negara lain juga saat ini berjuang menyelesaikan masalah yang sama, namun dengan cara masing-masing negara sesuai sumber daya dan kondisi yang ada.

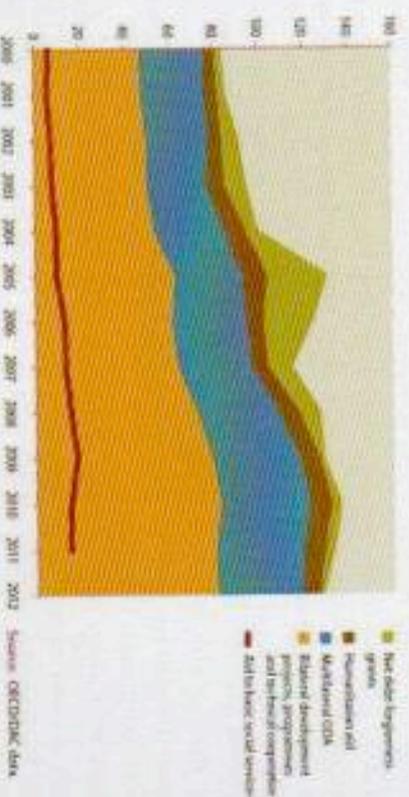
Di samping peningkatan akses dan kualitas masyarakat yang semakin membaik, upaya peningkatan kesehatan ibu masih menghadapi berbagai tantangan. Tantangan pertama adalah bagaimana menurunkan proporsi anemia pada ibu hamil. Berdasarkan Riskesdas 2013, terdapat 37,1% ibu hamil anemia, yaitu ibu hamil dengan kadar Hb kurang dari 11,0 gram/dl, dengan proporsi yang hampir sama antara di kawasan perkotaan (36,4%) dan pedesaan (37,8%).

Tantangan kedua adalah bagaimana menurunkan proporsi malaria pada ibu hamil. Data Riskesdas 2013 menunjukkan adanya 1,9% ibu hamil yang positif terkena malaria melalui pemeriksaan *rapid diagnostic test* (RDT), dengan proporsi terbesar adalah malaria falsiparum. Ibu hamil yang terkena malaria berisiko lebih besar mengalami anemia dan perdarahan, serta kemungkinan melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR).

Tantangan ketiga adalah proporsi Wanita Usia Subur (WUS) dengan Kurang Energi Kronis (KEK), yaitu WUS dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm. Berdasarkan Riskesdas 2013, terjadi peningkatan proporsi ibu hamil usia 15-19 tahun dengan KEK dari 31,3% pada tahun 2010 menjadi 38,5% pada tahun 2013. Tren peningkatan serupa juga terjadi pada WUS usia 15-19 tahun yang tidak hamil, yang proporsinya meningkat dari 30,9% pada tahun 2010 menjadi 46,6% pada tahun 2013.

Target penyelesaian krisis pada tahun 2015 yang dicanangkan pemerintah tentunya didukung penuh oleh segenap masyarakat. Karena itulah, implementasi dan penyelesaian beberapa misi yang harus disiasi pemerintah agar jauh dari konflik dan selalu bisa diterima masyarakat. Dalam kondisi sudah lumayan dipandang dunia seperti ini, Indonesia wajib membuktikan sesuatu, paling tidak memperlihatkan berbagai kemajuan MDCs pada 2015 dan post MDCs.

Sekretaris Jenderal PBB Ban Ki-moon telah meluncurkan laporan kemajuan pencapaian sasaran pembangunan milenium (*Millennium Development Goals*) ke delapan dalam format "The Global Partnership



Gambar 5.16. Pola bantuan negara donor pada negara berkembang

for Development: Making Rhetoric a Reality". Laporan tahun 2013 disusun oleh satuan tugas kesenjangan MDG 2012 yang menganalisis gugus sasaran MDG ke delapan.

Paket komitmen kemitraan global antara pemerintah negara donor dengan negara berkembang diharapkan mampu mencapai target PBB khususnya paket bantuan negara donor kepada negara-negara berkembang yang lebih transparan, kejelasan penjadwalan dan akuntabilitas yang jelas. Tuntutan kepada seluruh pemangku kebijakan di tingkat negara atau global untuk terus berkoordinasi dan bekerja sama dalam kerangka peningkatan kesalingpengertian satu negara dengan negara lain amat dibutuhkan.

Meski kemajuan pada sejumlah komitmen telah dibuat dalam satu tahun terakhir, namun beberapa sasaran MDG ke delapan masih mengalami kemunduran yang signifikan. Ada sedikit kemajuan dalam hal peningkatan akses teknologi baru, akses bebas bea untuk ekspor dari negara-negara berkembang dan pada tingkat lebih rendah upaya untuk meningkatkan akses keterjangkauan harga obat-obatan dan kesepakatan perdagangan multilateral.

Dilaporkan satuan tugas PBB pada Gambar 5.16 adanya penurunan dari US\$ 134 miliar di tahun 2011 ke US\$ 125,9 miliar di tahun 2012 atau penurunannya sekitar 6% terhadap bantuan resmi bagi negara berkembang (Official Development Assistance). Padahal diharapkan komitmen negara donor akan menyisihkan 7% dananya dari pendapatan nasional bruto (GNI) dan kenyataannya tidak demikian dengan alasan terjadi penghematan bagi negara donor. Oleh sebab itu Sekretaris Jenderal PBB Ban Ki-moon berharap agar masyarakat internasional, khususnya negara donor tidak menempatkan beban penghematan fiskal di punggung orang miskin. Pada pertemuan Sidang Umum PBB pada tahun 2013 ini PBB telah menagih kembali janji negara donor terhadap komitmen nya di tahun 2000 untuk ikut mengentaskan kemiskinan dunia yang khususnya di berbagai negara berkembang. Terhadap masalah akses pasar setelah lebih dari satu dekade, diharapkan pada Konferensi Menteri Kesembilan dari WTO, akan menjadi kesempatan untuk memecahkan kebuntuan masalah perdagangan khususnya berkaitan dengan isu fasilitas perdagangan, negosiasi pertanian, proteksi dan pembangunan lainnya.

Akses teknologi baru dalam beberapa tahun terakhir, telah terjadi ledakan dalam akses ke teknologi informasi dan komunikasi (TIK). Jumlah langganan telepon seluler di dunia telah meningkat menjadi 6,8 miliar dan selama tiga tahun terakhir jumlah pelanggan aktif *mobile*

*broadband* tumbuh lebih dari 30% per tahun. Sementara itu, jumlah saluran telepon tetap terus menurun sejak tahun 2006. Pertumbuhan jumlah individu yang menggunakan internet di negara berkembang terus melebihi negara maju, perkiraan di tahun 2013 akan meningkat sebesar 12% atau dibandingkan di berbagai negara maju pertumbuhannya sekitar 5%. Tingkat penetrasi penggunaan internet di negara-negara berkembang juga meningkat, menjadi 31% di tahun 2013. Layanan ICT terus menjadi lebih terjangkau sejak tahun 2011, meski perbedaan biaya antara negara maju dengan berkembang masih besar. Regulasi yang memadai dari sektor ICT sangat penting untuk meningkatkan akses ke layanan ICT. Karena krisis keuangan global dan masalah perizinan jumlah privatisasi telekomunikasi melambat selama lima tahun terakhir. Seharusnya dengan peningkatan akses internet, *phone mobile* dapat memengaruhi kemudahan ibu hamil dalam komunikasi dengan petugas kesehatan dalam perilaku pencarian pertolongan persalinan dan proses rujukan persalinan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Angka kematian Balita menurun dari 97 pada tahun 1991 menjadi 44 per 1.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2007, namun angka ini kemudian meningkat tajam menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2012). Angka kematian bayi, menurun dari 68 menjadi 34 per 1.000 KH pada periode yang sama. Angka kematian neonatal menurun dari 32 menjadi 19 kematian per 1.000 KH. Sementara target *Millennium Development Goals* (MDGs) tahun 2015 Angka Kematian Balita adalah 32 /1.000 KH, dan 23 per 1.000 KH untuk angka kematian bayi, masih banyak target yang harus dikejar. Pengembangan upaya inovasi dengan berbasis budaya lokal dan sumber daya yang ada perlu dikembangkan.

Sistem nilai yang seharusnya di bentuk dalam masyarakat yang sangat dinamis dengan alam demokrasi perlu memberikan pemahaman keluarga kecil yang sejahtera dan berkualitas dan sesuai dengan kemampuan suatu keluarga. Misalnya jika seorang suami, istri dengan pendidikan yang memadai paling tidak sarjana, kemampuan finansial cukup maka yang ideal bisa memiliki 3 anak, namun bagi mereka di mana suami, istri pendidikan rendah dan kemampuan financial kurang maka ini yang menjadi prioritas program keluarga berencana untuk menginisiasi agar memiliki jumlah anak maksimal dua, sehingga pertumbuhan penduduk antara 0,8–1,5%.

Pertu kebijakan yang lebih inovasi dalam menyikapi fenomena yang menarik ini, satu sisi kelulusan bidan desa yang tidak bisa menyangi keterampilan dalam proses persalinan maupun pelayanan masa nifas nyang dilakukan oleh dukun bayi yang pada umumnya berusia cukup tua dengan pengalaman menolong persalinan yang cukup terampil dibandingkan usia bidan di desa yang relatif masih muda. Bidan desa yang pada umumnya enggan hidup di daerah terpencil, akses transportasi sulit, belum lagi kendala bahasa yang nota bene masyarakatnya masih banyak menggunakan bahasa lokal akan semakin besar gap yang terjadi dengan penempatan bidan desa. Semakin besar jarak peradaban tradisional yang belum siap di emban kelulusan para bidan dalam kurikulum kebidanan, merupakan salah satu faktor di luar di luar penguasaan materi teknis kebidanan. Bidan desa ditantang untuk memiliki keterampilan lebih misalnya pijat bayi sesuai titik akupunktur kesehatan. Inovasi lainnya dengan kit persalinan bagi ibu hamil yang bersalin di tenaga kesehatan dapat menjadi daya tarik bersalin di bidan atau nakes. Faktor ini lebih besar pengaruhnya dalam pemilihan *health seeking behavior* ibu maternal baik dalam pemeriksaan *antenatal care*, persalinan dan post natal.

Pascakrisis ekonomi global, masyarakat internasional harus mempertimbangkan momentum politik pembangunan internasional yang semakin memudar, manakala sedang mendesain bentuk-bentuk kemitraan global seperti apa yang harus dilakukan agar pelaksanaan pembangunan setelah tahun 2015 terbangun berdasar tiga pilar pembangunan berkelanjutan, yaitu sosial, ekonomi, dan lingkungan. Untuk itu diperlukan sebuah gugus kemitraan global yang efektif guna merajut visi bersama dalam wujud kepelasan tata ekonomi dunia baru yang semakin memperjelas antara kewajiban dan tanggung jawab masing-masing negara dalam pelaksanaan sebuah komitmen kemitraan global. Sebagai contoh saja bagaimana bentuk pengaturan insentif pajak pada perdagangan internasional, regulasi keuangan sistemik dan semangat kerja bareng untuk bersama-sama mengatasi perubahan iklim.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan mengucapkan puji Syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan Hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan BUKU dengan judul "*Health Seeking Behavior* Kesehatan Maternal dalam pencapaian MIDGs-Post MIDGs di Indonesia". Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga pada :

1. Bapak Kepala Badan penelitian dan Pengembangan kesehatan, Dr Trihono, dr, MSc yang telah memberikan kesempatan, bimbingan untuk senantiasa berkarya, menciptakan suasana ilmiah di lingkungan Badan litbangkes RI,
2. Bapak Kepala Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Bapak Drg Agus Suprpto M.Kes yang telah memberikan kesempatan dan fasilitasi dalam terlaksananya tersusunnya buku ini,
3. Ketua dan anggota Panitia Pembina Ilmiah di Pusat Humaniora Kebijakan dan Pemberdayaan Masyarakat dalam memberikan masukan dan saran demi tersusunnya laporan penelitian,
4. Pada semua peneliti, Kepala bagian Tata Usaha, dan staf struktural yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Demikian semoga buku ini dapat memberikan gambaran dan prospektif ke depan perkembangan *Health Seeking Behavior* kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Buku ini diharapkan dapat memberikan gambaran capaian sejauh mana kemajuan tujuan MIDGs di Indonesia dapat tercapai dan dapat dibandingkan dalam komunitas wilayah provinsi, maupun negara. Diharapkan hasil analisis dalam buku ini dapat digunakan untuk penajaman program, penajaman sasaran untuk melakukan advokasi dan perencanaan anggaran pembangunan kesehatan. Dengan harapan keluar suatu kebijakan dan program terhadap kesehatan maternal serta dapat meningkatkan fokus dan efektivitas suatu intervensi, dengan mengidentifikasi kebutuhan khusus ibu dan anak serta para remaja.

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Litbangkes RI, 2010. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010, Badan Litbangkes RI, Jakarta
- Badan Pusat Statistik RI, Macro Internasional, USAID, 2007. Laporan Survey Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2007, Badan Pusat Statistik RI, Jakarta,
- Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007.
- Badan Pusat Statistik, ORC Macro 2004. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2004.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), 2009. Laporan singkat Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia. Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Departemen Kesehatan RI laporan Hasil Riset kesehatan dasar Indonesia (Riskesdas), 2007
- Dunn, William, 2000, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik (second edition) (Materianhan)*, Jogjakarta, Cadijah Mada University Press
- Gordon, Ian, Janet Lewis and Ke Young dalam Hill, Michael (eds), 1993. *The Policy Process, A Reader*, New York, Harvester Wheatsheaf
- Gulliford, Martin, Jose Figueroa-Munoz, Myfanwy Morgan, David Hughes, Barry Gibson, Roger Beech, Meryl Hudson, 2002. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy*, Volume 7 No. 3 July 2002
- Kementerian Kesehatan RI., 2011a, Bagaimana Pendanaan Jampersal? *Mediakom edisi 29/April 2011*
- Kementerian Kesehatan RI., 2011b, Jampersal Solusi Persalinan, *Mediakom edisi 29/April 2011*
- Kementerian Kesehatan RI., 2011c, Kebijakan Jaminan Persalinan, *Mediakom edisi 29/April 2011*
- Kementerian Kesehatan RI., 2011d, Percepatan Penurunan AKI dan AKB, *Mediakom edisi 29/April 2011*
- Kementerian Kesehatan RI., 2011e, Menkes Berikan Program Prioritas Kemenkes 2011, *Press Release*, Diunduh dari <http://www.depkes.go.id>

- McDermott, R. J. 1999, *Inside The Academy: Profiling Dr. Lawrence W. Green, American Journal of Health Behavior*, Volume 23, halaman 3-6
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta, Rineka Cipta,
- Pratiwi, Niniek Lely, 2013, *Pemberdayaan Masyarakat dalam Pencapaian MDGs adalah terpenuhi? Dalam buku 'Pemberdayaan Masyarakat dan Perilaku kesehatan' (Teori dan Praktek) strategi percepatan Pencapaian MDGs-Post MDGs*, penerbit Airlangga University Press(AUP)/ISBN 978-602-7924-24-6, Surabaya P1-8
- Pratiwi, Niniek Lely, 2013, *Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan*, Dalam buku 'Pemberdayaan Masyarakat dan Perilaku kesehatan' (Teori dan Praktek) strategi percepatan Pencapaian MDGs-Post MDGs, penerbit Airlangga University Press(AUP)/ISBN 978-602-7924-24-6, Surabaya P49-76,
- MDC, *The Global Partnership for development the challenge we face*, 2013, MDG gap task force report, United Nation New York
- Badan Litbangkes RI, 2010, *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010*, Badan Litbangkes RI, Jakarta
- Lokakarya Peranan OBGINSOS dalam MPS PTT Mataram (DepKes), 2009, *Simpodium Keluarga Berencana : PTT Mataram (BKKBN)*,
- ICPD, 2007, *Cairo Pertemuan antara BKKBN Pusat dengan Pimpinan Pikiran Rakyat*, Bandung.
- World Health Organization, 2010 *Family Planning Report 2nd edition*.