**Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia**

**Oleh**

**Chandra Widjajanti**

Berdasarkan target Millenium Development Goals (MDGs) 2015, penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), yaitu sebesar tiga-perempatnya pada tahun 2015. Sementara target penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) sebesar dua-pertiga. Dari kesepakat global tersebut Indonesia mempunyai komitmen untuk menurunkan Angka Kematian Ibu menjadi 102/100.000 Kelahiran Hidup (KH), Angka Kematian Bayi dari 68 menjadi 23/1.000 KH, dan Angka Kematian Balita 97 menjadi 32/1.000 KH pada tahun 2015. Target-target tersebut nampak snagat menjanjikan, seolah-olah menciptakan pedoman bekerja yang cukup strategis. Tetapi disaat bersamaan, target capaian MDGs sesungguhnya bisa dijadikan tolak ukur kemunduran dari program pemerintah dalam menurunkan AKI di Indonesia.

Sudah tak asing lagi kenyataan bahwa Indonesia merupakan negara yang memiliki jumlah penduduk terbanyak dibandingkan negara di Asia Tenggara lainnya. Namun banyak peneliti beranggapan bahwa, proporsi jumlah penduduk ini ternyata tidak berbanding lurus dengan perkembangan sumber daya manusianya (SDM). Jika kita melihat pada sektor kesehatan misalnya, Angka Kematian Ibu (AKI) ternyata masih menempati urutan teratas di antara negara-negara tetangga. Artikel-artikel ilmiah dan popular yang menyatakan tentang ini bisa dengan mudah di dapatkan di internet. Prakarsa, sebuah perkumpulan yang bekerja dalam upaya memelihara dan meningkatkan kesejahteraan ide dan penelitian menyatakan, ada kenaikan yang signifikan atas Angka Kematian Ibu (Prakarsa, Oktober 2013) . Misalnya saja hasil dari Survei Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 yang menunjukkan bahwa terdapat 359 AKI di antara 100.000 kelahiran hidup. Angka ini melambung tinggi ketika dibandingkan data SDKI pada tahun 2007, di mana angkanya menunjukkan terjadi 228 kasus AKI di antara 100.000 kelahiran hidup.

Mari kita lihat kondisi saat ini, pada tahun 1997 sebenarnya Indonesia pernah ditempatkan oleh WHO sebagai negara yang berhasil dalam program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Pada tahun itu, pemerintah mampu menurunkan angka 390 kasus menjadi 334 di antara 100.000 kelahiran selama kurun waktu tiga tahun. Keberhasilan yang dicapai Indonesia pada tahun itu tidak terjadi secara instan. Dalam lembaran sejarah, satu dekade sebelumnya, yaitu pada tahun 1987 saat WHO meluncurkan Safe Motherhood Initiative, Indonesia langsung menjawabnya dengan mengadakan program Making Pregnancy Safer (MPS). Sejak saat itu pemerintah juga mencoba mengembangkan program lainnya. Salah satu program yang dikembangkan adalah tentang hak reproduksi bagi remaja melalui pelayanan konseling yang baik dan benar. Hal ini membuat Indonesia pada kurun waktu antara tahun 1980 sampai tahun 2000 terbilang sukses untuk program KIA.

Sementara itu, kebijakan-kebijakan terkait dengan kesehatan ibu dan anak nyatanya juga sudah diatur dalam beragam regulasi yang ada. Sebagai contoh, adanya regulasi pemerintah yang mewajibkan untuk mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar 5 persen dari APBN dan 10 persen dari APBD untuk memberikan pelayanan yang maksimal untuk kesehatan, utamanya kesehatan ibu dan anak. Namun, fakta di lapangan menunjukkan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) dan RAPBN 2014 alokasinya hanya sebesar 248 milyar rupiah atau sekitar 0,54 persen dari total anggaran bidang kesehatan. Potret ini seharusnya bisa menjadi tamparan keras bagi pemerintah untuk kembali dapat memprioritaskan KIA dalam kebijkan-kebijakannya. Tidak lain tujuannya adalah untuk kembali memperbaiki kualitas KIA di Indonesia yang belum mencapai target MDGs 2015 hingga saat ini. Dengan upaya perbaikan kebijakan tentang kesehatan reproduksi, pemerintah tetap saja menilai bahwa pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual tidak perlu disedikan di tingkat sekolah. Pernyataan tersebut muncul ketika pengajuan revisi Undang-undang Sisdiknas yang diajukan oleh gugus tugas Seperlima di tolak karena dianggap kesehatan reproduksi dan seksual bukan lah isue prioritas dimana tidak ada masyarakat yang dirugikan. Kenyataan tersebut sungguh ironis, ketika para peniliti melihat bahwa AKI dan AKB bisadicapai melalui perbaikan standar pendidikan kesehatan repoduksi dan seksual.

Tingkat kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah kualitas pelayanan dari tenaga kesehatan itu sendiri. Kualitas pelayanan kesehatan antar daerah masih menemui banyak perbedaan. Perbedaan kualitas pelayanan secara tidak langsung dipengaruhi oleh kurangnya panduan/ guideline yang seragam antar daerah. WHO membuat panduan terbaru untuk kesehatan ibu yang berisi tentang intervensi kesehatan yang bisa diberikan pada ibu hamil dan perilaku hidup sehat apa yang harus dilakukan oleh ibu hamil maupun bayinya setelah persalinan.

Pada guideline terbaru WHO untuk pelayanan kesehatan ibu dibagi menjadi beberapa bahasan, promosi, preventif, dan proteksi; manajemen kondisi ibu. Dari sisi promosi preventif dan proteksi dijelaskan hal-hal terkait dengan kesehatan ibu sebelum kehamilan. Di panduan ini dijelaskan tentang manfaat dan pentingnya melakukan ANC sejak awal kehamilan dan juga perencanaan kehamilan. Melalui upaya tersebut, diharapkan ibu dapat mendapat nutrisi kehamilan yang sesuai dan cukup. Selain itu, deteksi dini terhadap kehamilan berisiko juga dapat meningkatkan pelayanan tingkat lanjut. Misalnya pada ibu hamil dengan preeklampsia maupun eklampsia, diharapkan dapat dideteksi risikonya sedini mungkin sehingga dapat dilakukan perencanaan terkait kondisi ibu maupun janin. Jika diperlukan dapat dilakukan tindakan pencegahan sedini mungkin agar ibu maupun janin bisa sehat.

Pada panduan ini juga dijelaskan tentang intervensi yang dapat dilakukan sebagai upaya meningkatkan luaran dari bayi yang lahir prematur/ tidak cukup bulan, dengan penggunaan kortikosteroid, tokolitik, magnesium sulfat, dan antibiotik misalnya. Intervensi lain untuk mencegah terjadinya infeksi pada ibu sebelum, selama, maupun setelah persalinan juga dijelaskan dalam guideline ini. Bagaimana dengan induksi persalinan? Dalam panduan ini juga dijelaskan waktu yang tepat untuk dilakukan induksi (jika usia kehamilan memasuki minggu ke 41 namun belum ada tanda-tanda persalinan) dan metode apa saja yang bisa digunakan, seperti prostaglandin, misoprostol, maupun balon kateter. Hal yang tidak kalah penting adalah pencegahan terjadinya perdarahan post partum (PPH), dimana telah kita ketauhi PPH menjadi penyebab paling sering kematian ibu. Selanjutnya pelayanan post natal atau setelah persalinan, ditujukan untuk senantiasa memantau kondisi ibu maupun bayi termasuk nutrisi, kondisi fisik dan mental. Sehingga kehamilan yang sehat dan terencana bisa tercapai dan angka kematian ibu maupun bayi bisa diturunkan.

Manajemen kesehatan ibu pada guideline ini lebih ditekankan kepada kondisi sebelum hingga paska persalinan dan infeksi lain yang sering ditemukan, meliputi PPH, preeklampsia dan eklampsia, infeksi selama kehamilan, HIV, malaria, dan tuberkulosis. Pada  manajemen PPH lebih dijelaskan tentang pemilihan agen koagulan untuk menghentikan perdarahan serta penggunaan antibiotik untuk mencegah infeksi lebih lanjut. Intervensi tatalaksana preeklampsia dan eklampsia ditekankan pada pemilihan obat dan rute administrasi yang tepat pada ibu hamil. Selain itu, juga dijelaskan mengenai waktu induksi persalinan yang tepat bagi ibu hamil dengan preeklampsia maupun eklampsia. Ibu hamil dengan preeklamsia berat dengan janin yang sehat disarankan untuk dilakukan induksi persalinan pada usia kehamilan 34 minggu. Selain pada tatalaksana PPH penggunaan antibiotik juga dilakukan pada saat terjadi infeksi selama kehamilan. Ampisilin dan klindamisin merupakan pilihan antibiotik yang sering digunakan untuk mengatasi infeksi pada ibu hamil.

Ibu hamil dengan HIV dianjurkan untuk menerima terapi ARV segera setelah diketahui menderita HIV. Demikian juga dengan bayi yang dilahirkan dari ibu dengan HIV, harus segera mendapatkan inisiasi terapi ARV. Pada ibu hamil yang terkena malaria, terapi anti malaria biasanya diberikan pada trimester I dan diberikan kemoprofiaksis setiap minggunya hingga bayi dilahirkan. Pada ibu hamil dengan TB dianjurkan untuk dilakukan pemantauan status gizi dan dipastikan asupan nutrisi ibu maupun janin terpenuhi. Bila perlu diberikan multivitamin oral.

# Kesehatan Ibu, Kunci Utama Kualitas Bangsa

Peran ibu sangat strategis dalam pembangunan suatu bangsa. Sosok ibu-lah yang melahirkan dan mengantarkan generasi penerus menjadi manusia yang kelak berguna bagi negara. Karena itu, kesehatan ibu menjadi penting seperti pepatah ‘dalam tubuh yang sehat terdapat jiwa yang kuat’. Ibu yang sehat lebih bias menjalankan fitrahnya untuk menghasilkan cikal bakal yang berkualitas. Dan indikator kesehatan ibu yang utama bisa dilihat dari angka kematian ibu (AKI) di suatu negara. Oleh karena itu AKI masuk sebagai gol ke-5 dalam Millenium Development Goal (MDGs).

Saat ini,angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya dan target yang ditetapkan Kementrian Kesehatan dimana angka kematian ibu menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil SDKI 2012, dalam lima tahun terakhir AKI 359 per 100.000 kelahiran hidup. Hasil Sensus Penduduk (SP) 2010, masih dalam perhitungan, semula dilaporkan AKI  259 per 100.000 kelahiran hidup, setelah dihitung kembali sementara menjadi 346 per 100.000 kelahiran hidup.Kesulitan mencapai target MDGs ini juga dialami oleh negara-negara lain, hanya 19 negara yang dapat menurunkan 75% kematian ibu sesuai target global.

Untuk mendukung Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes) telah melakukan kajian layanan kesehatan ibu tahun 2013 dengan hasil layanan dari program kesehatan ibu berkontribusi 68% terhadap kematian ibu, sedangkan 32% adalah faktor lain. Sehingga bias dijelaskan bila cakupan program-program kesehatan ibu mencapai 100%, target kematian ibu tetap tidak akan tercapai. Analisa selanjutnya juga membuktikan bahwa faktor-faktor non kesehatan berkontribusi terhadap kematian ibu, seperti pendidikan, ekonomi dan budaya.

Hasil kajian sebelumnya, Studi Tindak Lanjut SP 2010 oleh Badan Litbangkes pada tahun 2011, menyebutkan penyebab medis kematian ibu di Indonesia tertinggi disebabkan oleh  kelompok kasus hipertensi dalam kehamilan (HDK) sebesar (32,4%) dan kasus Perdarahan Post Partum (PPP) sebesar 20,3%. Kedua kelompok kasus ini mempunyai case fatality rate yang masih tinggi di Indonesia. Artinya bila ibu mengalami komplikasi HDK dan PPP sulit diselamatkan bila penanganan tidak cepat dan adekuat. Periode kematian ibu berdasarkan hasil kajian kematian ibu di 5 region tahun 2012, tertinggi pada saat persalinan (13%) dan nifas (62%), dan  terjadi dalam kurun waktu 2x 24 jam pasca persalinan. Ibu yang meninggal di rumah sebanyak 30%.

**PONED di Puskesmas dan Rumah Sakit**

Pemerintah telah membentuk Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar) dan RS PONEK (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif) dengan tujuan mendekatkan akses masyarakat pada pelayanan kegawatdaruratan. Diharapkan ibu hamil atau bersalin ketika mengalami komplikasi mendapatkan pertolongan tepat waktu dan tepat guna.

Rencana Strategis (Renstra) Kementrian Kesehatan 2010-2014  menargetkan puskesmas rawat inap mampu menyediakan PONED sebesar 100% dan pada tahun 2013 telah tercapai 95%. Keberhasilan ini seyogyanya diikuti dengan peningkatan kualitas layanan yang ternyata belum optimal.

Hasil Rifaskes tahun 2011, menyebutkan Puskesmas yang belum mempunyai dokter 17,6%, tidak ada  bidan 3,5%, ketersediaan obat untuk kasus komplikasi HDK, yaitu Mg SO4 (42%) dan alat pemeriksaan Hb untuk screening 69%. Sarana pendukung lainnya yaitu ketersediaan transportasi rujukan hanya 79%, air bersih dan listrik 24 jam baru 65%.

Untuk melihat kondisi fasilitas puskesmas yang ada saat ini, pemerintah melakukan analisa secara statistik indikator layanan puskesmas. Hasilnya diperoleh model layanan berpengaruh signifikan pada kematian ibu. Model layanan tersebut  adalah tersedianya pedoman malaria pada ibu hamil, penanganan P4K, adanya supervisi dari dinkes, adanya kegiatan AMP (Audit Maternal Perinatal) dan Monitoring dan Evaluasi (MONEV). Kelima indikator tersebut berkontribusi 49,9 % terhadap rasio kematian ibu di Indonesia. Ketika program mempunyai keterbatasan, kelima indikator tersebut dapat dijadikan sebagai prioritas  program dalam penurunan kematian ibu, tanpa mengkesampingkan program lainnya.

Rumah Sakit PONEK saat ini juga sudah meningkat jumlahnya, namun secara kualitas juga harus ditingkatkan kompetensinya. Hasil Rifaskes 2011 menyebutkan RS PONEK yang memenuhi kriteria 17 indikator baru 7,6%, ketersediaan dokter terlatih PONEK (54%),  Tim PONEK essensial (44%), layanan darah siap 1 jam (27%).

Hasil analisa statistik kajian Litbangkes menyebutkan model layanan pada RS yang berpengaruh signifikan terhadap kematian ibu ditentukan oleh waktu tanggap UGD siap 10 menit, kamar bersalin siap 30 menit, dan pelayanan darah siap dalam waktu < 1 jam. Model ini berkontribusi 25% terhadap rasio kematian ibu. Kematian ibu di Indonesia sering terjadi karena keterlambatan dalam penentuan diagnosa komplikasi, terlambat mengambil keputusan, terlambat merujuk, dan terlambat ditangani.Oleh karena itu kecepatan dan ketepan dalam mengambil keputusan, merujuk dan penanganan berpengaruh signifikan secara statistik, karena mencerminkan kecepatan tindakan kegawatdaruratan dan stabilisasi kondisi pasien yang merupakan faktor yang penting dalam menyelamatkan nyawa ibu

**SDM, Gizi dan Pendidikan**

Selain fasilitas kesehatan, kualitas sumber daya manusia juga sangat penting dalam sistem kesehatan.Kondisi saat ini, bidan sebagai pemeriksa kehamilan 87% (hasil Riskesdas 2013).  Bidan/perawat sebagai penolong persalinan 62% (SDKI 2012), sedangkan dokter kandungan sebagai penolong persalin sebesar 16% (Riskesdas 2013), dan  20%  (SDKI 2012). Dokter umum sebagai penolong persalinan hanya 1% (Riskesdas 2013). Pertolongan persalinan oleh tenaga non professional yaitu dukun 14% (SDKI 2012). Hal ini menandakan bidan menjadi tenaga andalan dalam layanan kesehatan ibu.Berdasarkan laporan-laporan secara kuantitas jumlah bidan saat ini sudah mencukupi, namun belum terdistribusi secara merata.

Sedangkan hasil kompetensi bidan berdasarkan laporan studi oleh Badan Litbangkes, PPSDM dan GAVI di 5 provinsi (Jawa Barat, Banten, Sulawesi Tengah, Papua dan Papua Barat) menyebutkan kompetensi bidan yang bertugas di fasilitas kesehatan  yang mempunyai pengetahuan yang baik hanya (37,3%- 43,7%), keterampilan yang baik (57,1%-77,3%). Hasil kajian,  tingkat pendidikan bidan D1 berkorelasi  positif dengan kematian ibu.Saat ini di wilayah Indonesia Timur masih banyak tenaga bidan dengan pendidikan D1.

Sementara itu ibu hamil kekurangan gizi diprediksi akan melahirkan bayi dengan berat badan rendah (BBLR) dan bayi stunting (pendek) yang rentan terhadap gangguan pertumbuhan dan perkembangan otak. Dampaknya adalah kerugian bagi negara karena sumber daya manusia yang dihasilkan tidak produktif.

Saat ini ibu hamil kekurangan energi kronis (KEK) meningkat, hasil Riskesdas 2007 menyebutkan ibu hamil KEK pada kelompok usia 15-19 tahun (31,3%) meningkat  menjadi 38,5% ( Riskesdas 2013). Pada kelompok usia 20- 24 tahun 23,8% (Riskesdas 2007) meningkat menjadi 30,1% (Riskesdas 2013). Status gizi lainnya adalah Ibu hamil dengan anemia sebanyak 37% (Riskesdas 2013). Resiko ibu hamil dengan anemia adalah saat terjadi perdarahan menjadi sulit untuk ditangani. Kondisi lain yang memperburuk adalah penyakit pada ibu hamil. Hasil Riskesdas 2007 melaporkan ibu hamil pada kelompok usia 15-19 tahun yang menderita hipertensi 5,8%, dan menderita diabetes 0,5%. Hal ini menandakan intervensi kesehatan ibu harus diupayakan sejak dini, yaitu sejak remaja.

Faktor lainnya dipengaruhi oleh pengetahuan kesehatan reproduksi sangat kurang pada remaja. Padahal penduduk Indonesia terbanyak saat ini ada pada kelompok usia reproduktif (66,5%). Hubungan seksual  pertama kali sudah dilakukan oleh remaja pria pada usia sekolah menegah pertama (SMP) sebesar 1,1%, akan tetapi pengetahuan tentang resiko hamil setelah berhubungan seksual hanya 31% pada pria dan 35% pada wanita.

Di sisi lain umur perkawinan pertama  pada kelompok usia  10-14 tahun (saat masih sekolah dasar/SD dan menengah pertama/SMP) sebanyak 4,8%. Hal ini akan berdampak kehamilan pada usia dini. Usia muda merupakan faktor resiko tinggi terjadinya komplikasi pada kehamilan dan persalinan yang dapat berujung kematian ibu.

Yang juga sangat penting untuk mendukung kesehatan ibu adalah faktor pendidikan, ibu yang tidak tamat SD, periksa hamil pada nakes hanya 54%, sedangkan pada ibu dengan pendidikan SLTA, periksa hamil ke nakes mencapai 99,1% (SDKI, 2012). Pria yang tidak berpendidikan juga berpengaruh pada tingkat kematian ibu.

Begitupula dengan faktor ekonomi.Semakin tinggi status ekonomi, semakin meningkat periksa kehamilan ke tenaga kesehatan, mendapatkan pil zat besi, persalinan di faskes dan kunjungan nifasnya. Kultur budaya juga berpengaruh pada kesehatan ibu.Hasil Studi Riset Etnografi Kesehatan Ibu dan Anak, menyebutkan masyarakat di pedesaan percaya kepada dukun karena mempunyai kelebihan dapat mengobati ibu hamil yang “ dimasuki oleh roh halus”.Eklampsia kadang disebut oleh dukun sebagai kemasukan “roh”. Hal-hal tersebut jelas dapat merugikan kesehatan ibu, sehingga diperlukan pendekatan budaya untuk memperbaiki status kesehatan ibu.

Pada sistem JKN layanan kuratif sudah mulai mendapatkan jaminan, maka upaya dan layanan promotif dan preventif harus ditingkatkan pula agar  masyarakat berpola pikir   paradigma sehat. Upaya  preventif yang penting pada program adalah screening pemeriksaan darah dan urin ibu hamil tidak hanya wajib pada trimester 1, tapi wajib juga dilakukan pada trimester ke 3. Persalinan dilakukan di faskes oleh tenaga kesehatan, karena ada persalinan juga bisa terjadi komplikasi tidak terduga sebelumnya (15%).

Kualitas layanan kesehatan juga harus diperbaiki dengan meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan terutama bidan dan fasilitas kesehatan terutama PONED dan PONEK.Ketersediaan alat, sarana dan tenaga yang terdistribusi secara merata.Daerah-daerah  terpencil, kepulauan dan perbatasan, masih ditemukan kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan.

Dibutuhkan komitmen pimpinan daerah (Bupati/Walikota) sebagai pemegang kekuasaan otonomi untuk meningkatkan kemampuan SDM nya sehingga kebijakan dan pembangunan yang dilakukan harus memberikan kontribusi yang positif terhadap kesehatan. Seperti memilih pimpinan Puskesmas dan RS yang mempunyai strategi mempercepat layanan kegawatdaruratan serta dapat melakukan “improving collaboration”, sehingga terbentuk pembinaan dan jejaring layanan kesehatan ibu.

Selain itu diperlukan upaya memperbaiki tingkat pendidikan, ekonomi dan pendekatan budaya. Sektor pendidikan juga berperan terhadap kompetensi tenaga kesehatan terutama bidan. Standar kompetensi harus terpenuhi baik dari mahasiswa, dosen maupun alat dan prasarana pendidikan.Untuk itu kerjasama sektor Pendidikan dan Kesehatan harus ditingkatkan baik pemerintah maupun swasta.

Dan upaya pemakaian alat kontrasepsi terutama kontrasepsi jangka panjang dapat ditingkatkan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, menghindari kematian pada ibu hamil, serta meningkatkan kesehatan pada ibu.

# Kolaborasi PONEK dan PONED dalam Upaya Penurunan AKI

Rumah sakit PONEK merupakan rumah sakit rujukan yang memberikan pelayanan 24 jam untuk kegawatdaruratan ibu dan bayi. Keberadaan PONEK dan PONED sangat membantu menurunkan AKI jika disertai petugas kesehatan serta sarana dan rasarana yang memadai. Dalam pelaksanaannya PONED dan PONEK harus bekerjasama untuk saling mendukung pelayanan ibu dan bayi sebaik mungkin.

**PONEK:**

Rumah sakit dalam PONEK harus mampu menangani kasus rujukan yang tidak mampu dilakukan petugas kesehatan di tingkat layanan primer (dokter, bidan, perawat). Pelayanan ini disediakan selama 24 jam. Pelayanan PONEK meliputi stabilisasi di UGD dan persiapan obat definitif, penanganan kasus gawat darurat oleh tim PONEK RS di ruang tindakan, penanganan operatif tepat dan cepat (laparotomi dan seksio serkaria), perawatan intensif ibu dan bayi, serta pelayanan asuhan antenatal risiko tinggi.

Ruang lingkup pelayanan rumah sakit PONEK dibagi dalam 2 kelas:

1. Kelas C
	* Pelayanan fisiologis (pelayanan kehamilan, persalinan, nifas, asuhan bayi baru lahir, imunisasi dan SDIDTK)
	* Pelayanan dengan risiko tinggi (antenatal, intranatal, postnatal)
	* Pelayanan kesehatan neonatal
	* Pelayanan ginekologis
	* Perawatan khusus/ high care unit dan transfusi darah
2. Kelas B

Pada pelayanan kelas B ini juga menyediakan 5 pelayanan seperti di kelas C, hanya saja dengan sarana yang lebih memadai, seperti adanya layanan ICU dan NIC, asuhan bayi dengan level 2, dan terdapat perawatan intensif untuk neonatus.

Rumah sakit PONEK diwajibkan memiliki sarana pemeriksaan penunjang sebagai berikut:

1. Pelayanan darah

Meliputi penyediaan darah, pemeriksaan darah, dan bekerjasama dengan unit penyedia darah lainnya.

1. Perawatan intensif

Dalam unit ini dilakukan pemantauan cairan, pengawasan gawat napas/ ventilator, dan perawatan sepsis

1. Pencitraan
Termasuk di dalamnya radiologi dan USG ibu dan bayi
2. Laboratorium
Minimal mampu melakukan pemeriksaan darah dan urin rutin, kultur darah dan urin, dan pemeriksaan kimia lainnya.

Tidak semua rumah sakit dapat dijadikan rujukan/ sebagai PONEK, rumah sakit tersebut harus memenuhi kriteria umum sebagai berikut:

* Memiliki dokter jaga terlatih di UGD untuk menangani kasus emergensi umum maupun obstetri dan neonatal
* Tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) telah mengikuti pelatihan tim PONEK di rumah sakit (meliputi resusitasi neonatus, kegawatdaruratan obstetri dan neonatus)
* Memiliki SOP penerimaan dan penanganan pasien kegawatdaruratan obstetri dan neonatus
* Memiliki kebijakan yang tidak memberlakukan uang muka untuk pasien gawatdarurat obstetrik dan neonatus
* Memiliki prosedur pendelegasian wewenang tertentu
* Memiliki standard response time di UGD 10 menit, kamar bersalin <30 menit, dan pelayanan darah <1 jam
* Tersedia kamar operasi 24 jam
* Tersedia kamar bersalin yang mampu menyiapkan operasi <30 menit
* Memiliki tim yang siap sedia jika ada kasus darurat
* Dukungan dari semua pihak tim PONEK (dokter obsgyn, dokter anak, dokter anestesi, dokter penyakit dalam, dokter spesialis lain, dokter umum, perawat, dan bidan)
* Pelayanan darah tersedia selama 24 jam
* Pelayanan penunjang dan obat tersedia selama 24 jam
* Perlengkapan harus bersih, dan tersedia dalam jumlah yang cukup. Perlengkapan yang membutuhkan listrik juga harus selalu tersedia

Pada rumah sakit PONEK dibutuhkan tim standar yang terdiri dari 1 dokter obsgyn, 1 dokter anak, 1 dokter UGD, 3 orang bidan, 2 orang perawat, dan 1 dokter/ perawat anestesi. Lebih idealnya ditambah dengan petugas laboratorium dan administrasi, serta perawat yang bekerja dengan sistem shift. Secara umum ruangan yang harus dimiliki dalam rumah sakit PONEK adalah ruang maternal, ruang neonatus, ruang operasi, dan juga ruangan penunjang.

**PONED**

Layanan PONED merupakan layanan kesehatan yang disediakan oleh Puskesmas rawat inap terkait kasus emergensi obstetri dan neonatus tingkat dasar selama 24 jam sehari dan 7 hari dalam seminggu. Tidak hanya PONEK yang menerima rujukan terkait kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatus, ternyata PONED pun biasa dijadikan rujukan untuk kasus-kasus rujukan masyarakat, pelayanan perorangan tingkat pertama, dan rujukan dari puskesmas sekitar. Rujukan masyarakat biasanya berasal dari pasien yang datang mandiri ke puskesmas PONED ataupun yang dirujuk oleh posyandu, polindes, dan dukun bayi. Sedangkan rujukan dari pelayanan perorangan tingkat pertama meliputi, praktik dokter atau bidan mandiri, puskesmas keliling atau puskesmas pembantu.

Kasus-kasus di puskesmas PONED yang harus dirujuk ke rumah sakit PONEK maupun non PONEK antara lain kasus ibu hamil yang memerlukan rujukan segera ke rumah sakit, seperti ibu hamil dengan panggul sempit, ibu hamil dengan riwayat bedah sesar, dan ibu hamil dengan perdarahan antepartum. Selain itu jika ditemukan adanya hipertensi dalam kehamilan (preeklamsi berat/ eklamsi), ketuban pecah disertai dengan keluarnya meconium kental, ibu hamil dengan tinggi fundus 40 cm atau lebih (makrosomia, polihidramnion, kehamilan ganda), primipara pada fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala 5/5 h, ibu hamil dengan anemia berat, ibu hamil dengan disproporsi Kepala Panggul, dan ibu hamil dengan penyakit penyerta yang mengancam jiwa (DM, kelainan jantung) perlu dilakukan perujukan.

Selain pada kasus ibu hamil, kasus pada bayi baru lahir berikut juga harus segera dirujuk ke rumah sakit, bayi dengan usia gestasi kurang dari 32 minggu, bayi dengan asﬁksia ringan dan sedang yang tidak menunjukkan perbaikan selama 6 jam, bayi dengan kejang meningitis, dan bayi dengan kecurigaan sepsis. Selain itu, jika diduga terdapat infeksi pra/ intra/ post partum, adanya kelainan bawaaan, bayi dengan distres nafas yang menetap, bayi yang tidak menunjukan kemajuan selama perawatan, bayi yang mengalami kelainan jantung, bayi hiperbilirubinemia dan bayi dengan kadar bilirubin total lebih dari 10 mg/dl memerlukan rujukan segera ke rumah sakit untuk mendapat penanganan dan pelayanan lebih lanjut.

Pada puskesmas PONED harus memiliki ruangan perawatan kebidanan, ruang tindakan obstetri, ruang tindakan neonatus, ruang perawatan pasca persalinan, ruang jaga perawat dan dokter, serta ruang bedah minor. Tidak hanya itu saja, untuk disebut dan difungsikan sebagai puskesmas PONED harus memenuhi kriteria berikut:

* Dilengkapi dengan fasilitas persalinan dan tempat tidur rawat inap untuk kasus emergensi/ komplikasi obstetri dan neonatus
* Letaknya strategis dan mudah diakses oleh puskesmas atau fasyankes non-PONED lainnya
* Berfungsi dalam Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan tindakan mengatasi kegawatdaruratan sesuai kompetensi dan kewenangannya yang dilengkapi sarana yang dibutuhkan
* Dalam area/ wilayahnya, puskesmas telah dimanfaatkan sebagai tempat pertama mencari pelayanan oleh masyarakat
* Mampu menyelenggarakan UKM sesuai standar
* Jarak temuh dari pemukiman atau puskesmas non-PONED ke puskesmas PONED <1 jam dengan transportasi umum, dan jarak dari puskesmas PONED ke rumah sakit minimal 2 jam
* Memiliki tim yang terdiri dari dokter, perawat, dan bidan yang sudah terlatih PONED dengan jumlah minimal 1 orang untuk tiap bidang dan siap selama 24 jam dalam 7 hari
* Memiliki peralatan medis, non-medis, obat-obatan, dan fasilitas tindakan medis serta rawat inap untuk mendukung penyelenggaraan PONED
* Kepala puskesmas mampu memanajemen PONED
* Puskesmas memiliki komitmen untuk menerima kasus rujukan kegawatdaruratan medis obstetri dan neonatus dari fasyankes sekitar
* Memiliki sarana rujukan berupa ambulance yang siap setiap saat.

Selain kriteria di atas, dalam pelaksanaannya pukesmas PONED memerlukan tim pendukung yang minimal terdiri dari 1-2 orang dokter umum, 5 orang perawat D3, 5 orang bidan D3, 1 orang analis laboratorium, dan 1 orang petugas administrasi.

**KOLABORASI PONED-PONEK**

Kolaborasi antara PONED dan PONEK sangat dibutuhkan dalam upaya meningkatkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam kondisi sumber daya yang terbatas. Dalam sistem kolaborasi ini pasien mulai ditangani tidak hanya sejak dilakukannya rujukan ke PONED ataupun PONEK, melainkan sejak di komunitas. Melalui kerjasama dengan LSM ataupun pembentukan kader kesehatan akan mampu mendeteksi dini adanya faktor risiko terkait obstetri dan neonatus di lingkungan masyarakat. Selain itu melalui jejaring yang sudah dibentuk di tiap PONED dan PONEK dalam suatu wilayah juga bisa membantu melakukan deteksi dini sekaligus menentukan pelayanan apa yang dibutuhkan oleh masyarakat.

Berikut adalah tahapan dalam kolaborasi PONED-PONEK:

1. Membentuk struktur dan tupoksi pelaku utama serta mitra PONED-PONEK dan jejaring pelayanan emergensi utamanya terkait kasus obstetri dan neonatus.
2. Menyusun rencana kegiatan kolaborasi PONED-PONEK di tingkat Provinsi, kabupaten/kota termasuk mapping wilayah kerja Puskesmas mampu PONED dan RS PONEK dalam suatu sistem rujukan dan pola pembinaan.
3. Menyediakan hotline service atau sistem informasi komunikasi di masing-masing rumah sakit, khusus kasus obstetri dan neonatus dan Dinas Kesehatan kabupaten/kota.
4. Membentuk SOP tentang pelayanan di RS PONEK dan Puskesmas PONED dalam penanganan kasus obstetri dan neonatus.
5. RS PONEK melakukan pembinaan ke Fasilitas pelayanan kesehatan dasar Puskesmas PONED, yang dihadiri oleh Tim dokter, Bidan Koordinator dan beberapa Bidan Desa Tertentu yang dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
6. Upaya kendali mutu pelayanan dan perbaikan kinerja secara internal, termasuk komponen jejaring secara berkala dan terjadwal yang difasilitasi oleh Dinkes, Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan Rumah Sakit.
7. Membentuk sistem pencatatan dan pelaporan secara berkala di tingkat kabupaten/kota dan Provinsi.
8. Melaksanakan evaluasi triwulan kinerja dan kualitas pelayanan institusional RS Rujukan dan Jejaring Pelayanan dan Komunikasi Emergensi di wilayah cakupan PONEK oleh Organisasi Profesi dan Kemenkes.
9. Melakukan kajian data outcome (terutama MMR, NMR, still-birth, near-miss), dengan megkaji antara output pelayanan dengan kualitas pelayanan (quality of care) kesehatan Ibu dan Bayi baru lahir.

Data rifaskes 2011-2014 menunjukkan bahwa di Indonesia rumah sakit yang dijadikan rujukan / ponek baru mencapai 25% dengan cakupan layanan 86%. Sedangkan cakupan pelayanan untuk puskesmas mampu PONED baru mencapai 62%. Meski jumlah cakupannya belum cukup tinggi namun sudah mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, dan ditargetkan cakupan pelayanan minimal baik PONEK maupun PONED akan mencapai 90% pada tahun 2019.

# KIA di Indonesia

Tujuan pembangunan [kesehatan](https://www.kompasiana.com/tag/kesehatan) menuju Indonesia sehat 2025 adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang  setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Pembangunan kesehatan merupakan investasi dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Pembangunan kesehatan masyarakat telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara bermakna. Derajat kesehatan masyarakat telah menunjukkan perbaikan seperti dapat dilihat dari angka kematian bayi menurun dari 46 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 dan menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007), angka kematian ibu melahirkan menurun dari 334 per 100.000 kelahiran hidup pada 1997 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007), dan umur harapan hidup meningkat dari 68,6 tahun 2004 menjadi 70,5 tahun pada tahun 2009.

Jumlah penduduk Indonesia tahun 2007 adalah 225.642.000 jiwa dengan *Crude Birth Rate* (CBR) 19,1 maka terdapat 4.287.198 bayi hidup. Jika dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI)  228/100.000 KH berarti ada 9.774 ibu meninggal pertahun atau 1 orang ibu meninggal tiap jam oleh sebab yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas. Besaran kematian Neonatal, bayi dan balita jauh lebih tinggi, dengan Angka Kematian Neonatus (AKN) 19/1.000 KH, Angka  Kematian Bayi (AKB) 34/1.000 KH dan Angka Kematian Balita (AKABA) 44/1.000 KH berarti ada 9 Neonatal, 17 bayi dan 22 balita meninggal tiap jam.

Sistem pencatatan dan pelaporan merupakan komponen yang sangat penting untuk menilai sejauh mana keberhasilan program serta sebagai bahan untuk membuat perencanaan ditahun-tahun berikutnya. Selain  sebagai alat untuk memantau kesehatan ibu hamil, bayi baru lahir dan balita, juga dapat sebagai upaya untuk penurunan angka kematian ibu dan anak di Indonesia.

Penurunan AKI telah dimulai sejak akhir tahun sebagai alat untuk memantau kesehatan ibu hamil, bayi baru lahir dan balita, upaya penurunan angka kematian ibu dan anak di Indonesia.  1980-an melalui program *safe Motherhood Initiative* yang mendapat perhatian besar dan dukungan dari berbagai pihak baik dalam maupun luar negeri. Pada akhir tahun 1990-an secara konseptual telah diperkenalkan upaya untuk menajamkan strategi dan intervensi dalam menurunkan AKI melalui *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang dicanangkan oleh pemerintah pada tahun 2000. Sejak tahun 1985  pemerintah mencanangkan *Child Survival* (CS) untuk penurunan AKB. Kedua strategi tersebut diatas telah sejalan dengan Grand Strategi DEPKES tahun 2004.

Penyebab kematian ibu ada dua, yaitu penyebab langsung dan tak langnsung. Penyebab langsung kematian ibu  90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan (SKRT 2001). Penyebab langsung kematian ibu adalah pendarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tidak langsung kematian ibu antara lain Kurang Energi Kronis/KEK pada kehamilan (37%) dan anemia pada kehamilan (40%). Kejadian anemia pada ibu hamil akan meningkatkan risiko terjadinya  kematian ibu dibandingkan ibu yang tidak anemia.

Berdasarkan Kesepakatan Global *Millenium Development Goals* (MDGs), tahun 2015 diharapkan Angka Kematian Ibu menurun sebesar tiga-perempatnya dalam kurun waktu 1990-2015 dan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita menurun sebesar dua-pertiga dalam kurun waktu 1990-2015. Berdasarkan hal itu Indonesia mempunyai komitmen untuk menurunkan angka kematian Ibu 102/100.00 KH, angka kematian bayi dari 34 menjadi 23/1.000 KH, dan angka kematian balita dari 44 menjadi 32/1.000 KH pada tahun 2015.

Melakukan kunjungan saat hamil secara teratur  akan menyehatkan ibu dan bayi yang dikandungnya. Dalam pemeriksaan kehamilan  jika ada tanda, keluhan, atau gangguan kehamilan baik pada ibu maupun janin dapat segera diketahui dan dilakukan tindak lanjut. Pemeriksaan kehamilan dilakukan sesuai standar pelayanan antenatal yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus, serta intervensi umum dan khusus (sesuai resiko yang ditemukan dalam pemeriksaan).

Peningkatan mutu program KIA dinilai dari besarnya cakupan program dimasing-masing wilayah kerja. Untuk itu, besarnya cakupan pelayanan KIA disuatu wilayah kerja perlu dipantau secara terus menerus, agar diperoleh gambaran yang jelas mengenai kelompok rawan tersebut, maka di wilayah kerja tersebut dapat lebih diperhatikan dan dicarikan pemecahan masalahnya. Untuk memantau cakupan pelayanan KIA tersebut dikembangkan sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak.

Operasional pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut frekuensi layanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan sebagai berikut :

a)Kunjungan I (K1) adalah kunjungan Ibu hamil dalam Usia 16 minggu, dalam kunjungan ini bertujuan untuk penapisan anemia, perencanaan persalinan, pencegahan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan.

b)Kunjungan II (K2) adalah kunjungan Ibu hamil dalam usia 24-28 minggu, dalam kunjungan ini bertujuan untuk pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatanya, penapisan preeklamsia, gemeli, infeksi alar reproduksi, dan saluran perkemihan, mengulang perencanaan persalinan.

c)Kunjungan III (K3) dan  IV (K4) adalah kunjungan Ibu hamil dalam usia 36 minggu sampai lahir, bertujuan mengenali adanya kelainan letak dan presentasi, memantau rencana persalinan, mengenali tanda-tanda persalinan.

Pemeriksaan kehamilan secara teratur dapat meminimalisir risiko tinggi dalam kehamilan, di mana ibu dipantau oleh tenaga kesehatan sepanjang masa kehamilanya dan dipersiapkan untuk menghadapi proses persalinan secara normal. Frekuensi pemeriksaan kehamilan yang sangat dianjurkan adalah :

a)Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui telambat haid.

b)Pemeriksaan ulang dilakukan setiap bulan sejak ibu merasa hamil sampai umur kehamilan tujuh bulan, setiap dua minggu pada umur kehamilan tujuh sampai sembilan bulan dan setiap minggu pada umur kehamilan sembilan bulan sampai melahirkan.

c)Pemeriksaan khusus bila ada keluhan-keluhan tertentu

Jadi setiap ibu harus mendapatkan pelayanan yang memuaskan dari petugas kesehatan yang ada saat ini agar tercapainya Indonesia sehat 2025. Dan tidak kala penting juga petugas kesehatan harus diseleksi dengan baik agar petugas kesehatan yang terpilih dapan melayani masyarakat dengan baik dan sesuai dengan apa yang diinginkan oleh bangsa Indonesia yang kita cintai ini.

##

## **Program Pelaksanaan Kesehatan Ibu dan Anak Di Indonesia**

Hingga saat ini sudah banyak program-program pembangunan kesehatan di Indonesia yang ditujukan pada penanggulangan masalah-masalah kesehatan ibu dan anak. Pada dasarnya program-program tersebut lebih menitik beratkan pada upaya-upaya penurunan angka kematian bayi dan anak, angka kelahiran kasar dan angka kematian ibu

Upaya untuk menurunkan angka kematian ibu telah dicanangkan oleh badan internasional dan pemerintah guna meningkatkan kesadaran dunia tentang pengaruh kematian dan kesakitan ibu serta untuk mendapatkan pemecahan masalahnya.

Upaya – upaya tersebut diantaranya

**1.      Safe Motherhood**

Gerakan ini pertama kali dicanangkan pada International Conference on Safe Motherhood, Nairobi, 1987.3 Program ini sendiri telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 1988 dengan melibatkan secara aktif berbagai sector pemerintah dan non-pemerintah, masyarakat, serta dukungan dari berbagai badan internasional.

Empat pilar Safe Motherhood adalah :

1. Keluarga Berencana

KB dapat menurunkan angka kematian ibu karena dapat merencanakan waktu yang tepat untuk hamil, mengatur jarak kehamilan, menentukan jumlah anak. Sehingga tidak ada kehamilan yang tidak diinginkan, “4 terlalu”, yaitu terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering hamil, dan terlalu banyak anak.

2.  Pelayanan antenatal

Pelayanan antenatal memiliki tujuan untuk:

1. Mencegah adanya komplikasi obstetri
2. Mendeteksi komplikasi sedini mungkin
3. Penanganan secara memadai dan profesional

3. Persalinan yang bersih dan aman

Persalinan yang bersih dan aman memiliki tujuan memastikan setiap penolong kelahiran/persalinan mempunyai kemampuan, ketrampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang bersih dan aman, serta memberikan pelayanan nifas pada ibu dan bayi

4. Pelayanan obstetri esensial

Memastikan bahwa tempat pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan obstetri untuk risiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkan.

**2.     Making Pregnancy Safer(MPS)**

Departemen Kesehatan pada tahun 2000 telah menyusun Rencana Strategis (Renstra) jangka panjang upaya penurunan angka kematian ibu dan kematian bayi baru lahir. Dalam Renstra ini difokuskan pada kegiatan yang dibangun atas dasar sistem kesehatan yang mantap untuk menjamin pelaksanaan intervensi dengan biaya yang efektif berdasarkan bukti ilmiah yang dikenal dengan sebutan “Making Pregnancy Safer (MPS)” melalui tiga pesan kunci.

Pelaksanaan MPS sendiri memfokuskan dalam 3 hal sebagai berikut :

1. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih,
2. Setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat,
3. Setiap wanita usia subur mempunyai tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran

# Peran Masyarakat dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak

Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) masih terus menjadi sorotan di dunia. Angka kematian ibu dan anak sebagai indikator keberhasilan pencapaian KIA, dilaporkan sudah mengalami penurunan tiap tahunnya. Namun faktanya di Indonesia sendiri masih belum bisa mencapai target MDGs pada tahun 2015. Maka, berbagai upaya dilakukan oleh pemerintah dengan memanfaatkan peran masyarakat baik melalui keluarga ataupun kader-kader kesehatan. Melalui Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga dan juga Panduan Promosi Kesehatan bagi Petugas di Puskesmas yang diterbitkan oleh Kementrian Kesehatan Indonesia diharapkan target-target terkait KIA bisa tercapai.

Angka Kematian Ibu dan Anak di Indonesia sudah mengalami penurunan sejak tahun 2004. Seiring dengan hal tersebut angka harapan hidup dan taraf kesehatan ibu dan anak pun mengalami peningkatan. Pencapaian ini diawali dengan meningkatnya upaya pelayanan kesehatan di masyarakat. Pada tahun 2008, jumlah PONEK di Indonesia mulai mengalami peningkatan. Meski demikian target MDGs pada tahun 2015 terkait KIA masih belum bisa tercapai. Selain itu ternyata masih ada beberapa wilayah di Indonesia yang pencapaian pembangunan kesehatannya masih di bawah rata-rata, seperti Aceh, NTB, NTT, Sulawesi Tenggara dan Barat, Maluku, serta Papua. Maka diperlukan kegiatan pendampingan khususnya di wilayah tersebut agar pelayanan kesehatan khususnya bagi ibu dan anak bisa terpenuhi dan target SDGs bisa tercapai.

Pelaksanaan pendampingan ini memerlukan kerjasama atau peran dari berbagai pihak selain pemerintah. Antara lain peran petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dan adil, serta peran aktif masyarakat dalam keluarga maupun sebagai kader kesehatan. Dalam panduan ini lebih ditekankan terhadap peran dari etugas kesehatan di puskesmas dan keluarga dalam mengurangi AKI sehingga kesejahteraan KIA bisa tercapai.

Puskesmas memiliki 3 fungsi utama, yaitu:

1. Merupakan pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Merupakan pusat pemberdayaan masyarakat.
3. Merupakan pusat pelayanan kesehatan strata pertama, yang terdiri atas pelayanan kesehatan individu dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Dalam menjalankan fungsinya, terdapat upaya wajib dan upaya pengembangan yang dapat dilakukan oleh puskesmas. Berikut adalah upaya wajib puskesmas:

1. Promosi Kesehatan
2. Kesehatan Lingkungan
3. Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
4. Perbaikan Gizi Masyarakat
5. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
6. Pengobatan

Sedangkan untuk upaya pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok puskesmas yang telah ada, yaitu:

1. Kesehatan Sekolah
2. Kesehatan Olah Raga
3. Perawatan Kesehatan Masyarakat
4. Kesehatan Kerja
5. Kesehatan Gigi dan Mulut
6. Kesehatan Jiwa
7. Kesehatan Mata
8. Kesehatan Usia Lanjut
9. Pembinaan Pengobatan Tradisional.

Selain itu, upaya pengembangan puskesmas dapat pula berupa upaya inovatif yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Contohnya, penyuluhan, pengkaderan, dan pembentukan keluarga sehat.

Dalam menjalankan fungsi serta upayanya, promosi kesehatan memegang peran yang cukup besar dan memiliki efek perubahan yang cukup signifikan. Dalam promosi kesehatan ini dikenal adanya 3 jenis asaran, yaitu sasaran primer, sasaran sekunder dan sasaran tersier. Sasaran primer merupakan individu yang meliputi pasien dan keluarganya. Dalam hal ini diharapkan minimal tiap pasien dan keluarga dapat menerapkan gaya hidup yang sehat baik melalui penyuluhan ataupun pengkaderan. Sasaran sekunder dikhususkan kepada golongan pemerintahan misalnya para pejabat ataupun pemuka agama termasuk didalamnya para petugas kesehatan. Dalam sasaran ini diharapkan mampu membantu tercapainya sasaran primer. Sedangkan untuk sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik utamanya di bidang kesehatan. Harapannya dapat membuat kebijakan yang tidak merugikan masyarakat dan membantu mendukung tersedianya sumber daya dalam bidang kesehatan.

Dalam melakukan promosi kesehatan, dibutuhkan strategi yang terdiri dari pemberdayaan, yang didukung oleh bina suasana dan advokasi, serta dilandasi oleh semangat kemitraan. Langkah-langkah promosi kesehatan di masyarakat sendiri meliputi:

1. Pengenalan Kondisi Wilayah
2. Identifikasi Masalah Kesehatan
3. Survai Mawas Diri
4. Musyawarah Desa atau Kelurahan
5. Perencanaan Partisipatif
6. Pelaksanaan Kegiatan
7. Pembinaan Kelestarian

Sejak era SJSN diberlakukan, pemerintah juga mencanangkan Program Indonesia Sehat. Program ini memiliki sasaran berupa meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok RPJMN 2015-2019, yaitu:

1. Meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak
2. Meningkatnya pengendalian penyakit
3. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan
4. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan
5. Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin
6. Meningkatnya respon terhadap sistem kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat adalah bagian dari fungsi upaya kesehatan masyarakat (UKM) dari Puskesmas. Karena keluarga merupakan lembaga terkecil dari masyarakat, maka pemberdayaan masyarakat harus dimulai dari pemberdayaan keluarga. Pemberdayaan masyarakat yang selama ini dilaksanakan di bidang kesehatan dipandu dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Dalam pedoman ini disebutkan bahwa pemberdayaan masyarakat desa/kelurahan merupakan kelanjutan dari pemberdayaan keluarga melalui pengembangan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) tatanan rumah tangga. Tujuan dari pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif itu tidak lain adalah terciptanya Desa Sehat dan Kelurahan Sehat.

Salah satu contoh pemberdayaan di masyarakat adalah dengan dibentuknya kader-kader kesehatan dari berbagai usia. Mulai dari dewasa muda dan dewasa tua. Melalui kader-kader kesehatan inilah tiap individu masyarakat bisa dibina. Melalui kader ini juga bisa dilakukan promosi kesehatan termasuk penggunaan alat kontrasepsi yang diharapkan dapat mengurangi angka kematian ibu maupun anak. Selain itu penerapan perilaku hidup bersih dan sehat juga bisa dipantau oleh para kader.

Referensi:

[[1]](http://genseks.fisip.ui.ac.id/kebijakan-kesehatan-ibu-dan-anak-di-indonesia-berjalan-mundur/%22%20%5Cl%20%22_ednref1) Saputra, Wiko. 2013. “Angka Kematian Ibu (AKI) melonjak, Indonesia Mundur 15 Tahun: Laju Penurunan Kematian Ibu di Indonesia terburuk dari Negara – Negara miskin di Asia” Prakarsa:

[[2]](http://genseks.fisip.ui.ac.id/kebijakan-kesehatan-ibu-dan-anak-di-indonesia-berjalan-mundur/%22%20%5Cl%20%22_ednref2) Kesmas, <http://www.indonesian-publichealth.com/surveilans-kematian-ibu/> diakses tanggal 21 Januari 2016, pukul 14:10 WIB.

(3). KEMENKES RI NO 1051 tahun 2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan PONEK 24 jam di Rumah Sakit

(4)Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, 2016, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

(5)Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan: Panduan Bagi Petugas Kesehatan diPuskesmas, 2011, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

(6) [WHO, 2017, WHO Recommendation on Maternal Health, Geneva](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/)