

**STRATEGI ALTERNATIF KEBIJAKAN
DALAM UPAYA PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU
(Studi Kasus AKI di Kabupaten Pasaman Barat, Provinsi Sumatera Barat)**

***POLICY ALTERNATIVE STRATEGIES
TO REDUCE MATERNAL MORTALITY RATE
(Case Study of MMR in West Pasaman District, West Sumatra Province)***

YulfiraMedia

Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sumatera Barat
Jl. Jendral Sudirman No 1, Padang, Sumatera Barat, Indonesia
e-mail: yulfiramedia@gmail.com

Diserahkan: 21/09/20, Diperbaiki: 11/03/21, Disetujui: 13/03/21

DOI: 10.47441/jkp.v16i1.137

Abstrak

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi dan merupakan salah satu indikator kesehatan yang harus diturunkan. Target AKI yang harus dicapai dalam *Sustainable Development Goals (SDGs)* tahun 2030 adalah 70 per 100.000 kelahiran hidup. Berbagai upaya sudah dilakukan, namun masih terdapat berbagai permasalahan dalam penurunan AKI. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian terkait permasalahan dan strategi alternatif kebijakan dalam upaya pencapaian target AKI tersebut. Tujuan penelitian adalah untuk menganalisis permasalahan dalam penurunan AKI dan merumuskan strategi penurunan AKI berdasarkan studi kasus AKI di Kabupaten Pasaman, Provinsi Sumatera Barat. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan observasi. Hasil penelitian mengungkapkan beberapa permasalahan dalam upaya penurunan AKI yaitu belum memadainya ketersediaan akses pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta permasalahan sosial budaya dan ekonomi masyarakat dalam pemanfaatan layanan kesehatan ibu dan anak. Alternatif strategi kebijakan yang disarankan adalah peningkatan ketersediaan dan mutu penanganan kesehatan ibu di fasilitas pelayanan kesehatan, penguatan rujukan persalinan, penguatan kapasitas sumber daya kesehatan, peningkatan cakupan pelayanan secara promotive dan preventif, serta optimalisasi pemberdayaan masyarakat.

Kata Kunci: Angka Kematian Ibu, Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak, Strategi Kebijakan

Abstract

Maternal Mortality Rates (MMR) in Indonesia are still high and must be reduced. The MMR target that must be achieved in the SDGs in 2030 is 70 per 100,000 live births. Various efforts have been made, but there are still problems in reducing MMR. The research objective was to analyze problems and formulate MMR reduction strategies based on the MMR case study in Pasaman Regency, West Sumatra Province. This study uses a qualitative approach with data collection techniques through in-depth interviews and observations. The results revealed several problems in the effort to reduce MMR: the inadequate availability of access to maternal and child health services, and problems in the utilization of maternal and child health services based on social, cultural, and economics. Alternative



policy strategies suggested are increasing the availability and quality of maternal health care in health care facilities, strengthening labor referrals, strengthening the capacity of health resources, increasing service coverage in a promotive and preventive manner, and optimizing community empowerment.

Keywords: Maternal Mortality Rates, Maternal and Child Health Services, Policy Strategies

PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sampai saat ini masih menjadi masalah besar. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menunjukkan AKI di Indonesia sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Kondisi AKI di Indonesia hingga tahun 2019 masih tetap tinggi, yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Padahal dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs), target AKI adalah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Susiana 2019). Permasalahan yang terdapat di masyarakat menyebabkan pencapaian peningkatan kesehatan ibu berjalan lambat. AKI yang tinggi di Indonesia berkaitan dengan penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung yaitu kondisi kesehatan ibu pada saat kehamilan dan persalinan. Sedangkan penyebab tidak langsung disebabkan oleh Empat Terlalu (4T: terlalu tua untuk hamil, terlalu muda untuk hamil, terlalu banyak jumlah anak, dan terlalu dekat jarak kelahiran kurang dari dua tahun) dan Tiga Terlambat (3T: terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan, terlambat dirujuk ke fasyankes, dan terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasyankes). Data mengungkapkan bahwa lebih dari 80% persen kematian ibu di Indonesia terjadi di fasyankes dan merupakan kasus rujukan (Widodo *et al.* 2017). Di samping itu, 70 persen kematian ibu saat melahirkan disebabkan terjadinya perdarahan, *eklamsia*, infeksi dan aborsi (Chasanah 2015).

Kematian ibu juga menjadi salah satu permasalahan dan isu strategis dalam pembangunan daerah di Provinsi Sumatera Barat. Berdasarkan hasil audit kematian ibu yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Sumatera Barat terhadap 19 kabupaten/kota, sejak tahun 2017 sampai tahun 2019 diketahui ada kecenderungan peningkatan kematian ibu, yaitu 113 kasus pada tahun 2017, 111 kasus tahun 2018, dan naik menjadi 116 pada tahun 2019. Sebagian besar kematian ibu di Provinsi Sumatera Barat pada tahun 2019 disebabkan oleh hipertensi dalam kehamilan perdarahan (18,2%) (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat 2019). Salah satu kabupaten yang termasuk tinggi jumlah kematian ibunya pada tahun 2017 adalah Kabupaten Pasaman Barat, yaitu sebanyak 20 kasus, yang mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2016 sebanyak 16 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat, 2017). Selanjutnya jumlah kasus kematian ibu di Pasaman Barat pada tahun 2018 adalah sebanyak 13 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat 2018).

Pemerintah Provinsi Sumatera Barat telah melakukan upaya untuk meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan antara lain dengan meningkatkan akses pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), dan KB melalui penempatan bidan desa, melengkapi sarana dan prasarana, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan-pelatihan dan pertemuan/seminar (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat 2016). Namun demikian, jumlah kasus kematian ibu masih sulit untuk diturunkan. Penelitian yang dilakukan Suroyo (2016) mengungkapkan bahwa tingginya AKI antara lain disebabkan belum optimalnya sistem rujukan dari rumah ke Puskesmas/bidan praktek mandiri, dan ke rumah sakit. Hal ini terjadi karena adanya keterlambatan deteksi risiko tinggi, sehingga ibu hamil yang dirujuk kondisinya sudah cukup parah terlambat mendapatkan penanganan di rumah sakit. AKI juga berkaitan erat dengan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pelayanan kesehatan yang bermutu dan tenaga kesehatan terampil merupakan dua hal yang saling mendukung dalam upaya penurunan

AKI, sedangkan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yang tidak terampil bisa menyebabkan tingginya AKI (Irianto dan Suharjo 2016).

Sebagai upaya dalam penurunan AKI dan dalam rangka mendukung pencapaian target SDGs tahun 2030 AKI, yaitu 70 per 100.000 kelahiran hidup, maka perlu dilakukan penelitian untuk menyusun strategi kebijakan dalam penurunan AKI khususnya di Sumatera Barat, yang mana belum pernah dilakukan sebelumnya. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis permasalahan dan merumuskan strategi kebijakan dalam upaya penurunan AKI berdasarkan studi kasus di Kabupaten Pasaman Barat, Provinsi Sumatera Barat.

METODE PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Pasaman Barat, Provinsi Barat Sumatera Barat. Pemilihan lokasi didasarkan pertimbangan bahwa Kabupaten Pasaman Barat memiliki peningkatan AKI tertinggi di Sumatera Barat selama tahun 2017 dan 2018. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif-interpretatif. Jenis data yang dikumpulkan terdiri dari data primer dan data sekunder. Data sekunder diperoleh melalui studi kepustakaan, dokumen dari Dinas Kesehatan dan instansi terkait, serta sumber-sumber lain yang sesuai dengan standar keilmiah sumber data.

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan beberapa informan dan observasi. Metode pemilihan informan dalam penelitian ini menggunakan mekanisme *purposive* dengan cara menetapkan kriteria-kriteria tertentu yang mesti dipenuhi oleh orang yang akan dijadikan sumber informasi. Kriteria informan yang dipilih adalah mereka yang dianggap mampu dalam memberikan informasi atau mempunyai pengalaman terkait permasalahan kematian ibu, yaitu Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Kepala Seksi terkait di Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat, kepala puskesmas, bidan koordinator, bidan desa, dan keluarga yang mengalami kasus kematian ibu. Data dianalisis dengan metode *content analysis* dan analisis SWOT.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Karakteristik Kematian Ibu di Kabupaten Pasaman Barat

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman diketahui bahwa jumlah kematian ibu pada tahun 2017 adalah sebanyak 20 kasus, dan 13 kasus tahun 2018. Pada tabel 1 dapat dilihat bahwa sebagian besar umur ibu yang mengalami kasus kematian ibu berada dalam kelompok usia 30-35 tahun, yaitu sebanyak 61,53 persen, diikuti usia di atas 35 tahun sebesar 15 persen. Ditinjau dari jumlah anak sudah melebihi 4 orang (38,46 persen). Dalam hal ini sebagian kondisi status ibu sendiri sudah terlalu tua melahirkan dan terlalu banyak anak yang berisiko pada kematian ibu. Selanjutnya ditinjau dari penyebab kematian ibu sebagian besar disebabkan eklamsi serta diikuti oleh penyakit penyerta. Ditinjau dari tempat kematian ibu sebagian besar adalah di fasyankes (rumah sakit), sedangkan yang lainnya di rumah dan diperjalanan menuju rumah sakit. Hal ini antara lain ditengarai oleh keterlambatan pengambilan keputusan untuk merujuk dan keterlambatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan.

Permasalahan dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ada beberapa permasalahan yang ditemukan dalam upaya penurunan AKI di Kabupaten Pasaman Barat yaitu: (a) belum memadainya ketersediaan akses pelayanan kesehatan ibu dan anak; dan (b) permasalahan sosial budaya dan ekonomi masyarakat dalam pemanfaatan layanan kesehatan ibu dan anak.

Akses Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Kondisi ketersediaan akses pelayanan kesehatan ibu dan anak dapat berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam menentukan pilihan pemeriksaan kehamilan dan persalinan, dan berdampak pada upaya penurunan AKI. Hal ini sebagaimana yang dikemukakan oleh Lawrence Green bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh ketersediaan fasilitas, sarana dan prasarana kesehatan, perilaku dari tenaga kesehatan serta peraturan dan perundang-undangan (Notoatmodjo 1997). Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kondisi ketersediaan akses pelayanan kesehatan ibu dan anak belum memadai, dapat dilihat dari beberapa hal sebagai berikut: (a) masih terbatasnya ketersediaan, kualitas dan ketimpangan pemerataan sumberdaya kesehatan; (b) kualitas pelayanan kesehatan belum memadai, (c) sarana dan prasarana kesehatan masih terbatas, (d) pelaksanaan rujukan dan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS) belum optimal.

Tabel 1. Data Kematian Ibu di Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2018

No	Puskesmas	Umur Ibu	Anak Ke	Penyebab	Tempat kematian
1	Sei Aua	38	7	HPP (<i>post partu gemili</i>)	rumah
2	Sei Aua	38	6	<i>Eklamsia</i>	IGD RS Yarsi
3	Simpang Empat	28	3	Jantung	IGD RS Pasaman Barat
4	Silaping	32	3	<i>HPP Retensio Placenta</i>	di perjalanan ke rumah sakit
5	Parit	32	2	<i>Eklamsia</i>	di perjalanan ke rumah sakit
6	Kajai	31	6	Perdarahan	RS Yarsi
7	Sei Aua	32	4	<i>Asma brockhial</i>	Di Rumah
8	Kinali	29	3	<i>Asma brockhial</i>	RSUD Pasaman Barat
9	IV Koto	35	5	<i>Meningo encephalitis</i>	ICU RSUD Pasaman Barat
10	Desa Baru	33	3	<i>Eklamsia</i>	IGD RSUD Pasaman Barat
11	Parit	32	4	<i>Eklamsia</i>	di perjalanan ke rumah sakit
12	Ophir	31	2	<i>Eklamsia</i>	ICU RSUD Pasaman Barat
13	Sei Aua	28	5	<i>Eklamsia</i>	RS Yos Sudarso Padang
Total		20			

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat 2017

Terbatasnya Ketersediaan, Kualitas dan Ketimpangan Pemerataan Sumberdaya Kesehatan

Puskesmas merupakan unit pelaksana pembangunan kesehatan terdepan yang memberikan pelayanan kesehatan masyarakat. Keberhasilan puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat sangat tergantung dari kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan yang ada. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kondisi ketersediaan sumberdaya tenaga kesehatan di Pasaman Barat masih belum memadai. Hal ini bisa dilihat dari kondisi jumlah tenaga kesehatan seperti tenaga dokter umum di beberapa puskesmas yang masih terbatas, dan bahkan ada puskesmas yang tidak mempunyai tenaga dokter, sehingga belum dapat memenuhi kebutuhan masyarakat. Ketika jumlah dokter yang tersedia satu orang, dan dokter tersebut juga merupakan kepala puskesmas, maka hal ini tentunya pelaksanaan pelayanan menjadi kurang optimal. Selanjutnya kondisi tenaga bidan desa tampaknya baru sebagian yang berstatus sebagai PNS, sedangkan sebagian lainnya masih berstatus tenaga harian lepas. Adanya puskesmas pembantu dan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau Pos Kesehatan Nagari (Poskesri) di

daerah tertinggal yang belum mempunyai tenaga bidan. Kondisi ini tentunya berdampak terhadap ketersediaan akses pelayanan kesehatan ibu

Ditinjau dari tenaga bidan yang mendapatkan pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) dan *Midwife Update* juga masih terbatas, dan baru sebagian bidan yang sudah mengikuti uji kompetensi. Berkaitan dengan kompetensi tenaga bidan ini, berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan tahun 2013 terungkap bahwa sebenarnya bidan yang baru lulus belum dapat mencapai kompetensi yang ditargetkan. Hasil penelitian yang telah dilakukan pada beberapa daerah di Indonesia menunjukkan bahwa pengetahuan bidan yang baik kondisinya tidak lebih dari 50 persen. Tenaga kesehatan (dalam hal ini bidan) yang tidak memperbarui pengetahuannya akan cenderung menurun (Tejayanti *et al.* 2014). Tenaga bidan yang memiliki pengalaman juga masih terbatas, terutama bidan-bidan muda yang baru lulus dan masih terbatas pengalamannya. Tenaga kesehatan strata pertama diharapkan melaksanakan program Upaya Kesehatan Wajib, sebagaimana yang terdapat dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 128 Tahun 2004. Untuk kelancaran pelaksanaan setiap upaya atau program kegiatan ditentukan siapa penanggung jawabnya dan dibuatkan Surat Keputusannya oleh pejabat yang berwenang menetapkan (Kementerian Kesehatan 2004). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar latar belakang pendidikan penanggung jawab program di lokasi penelitian sudah sesuai, yaitu dengan pendidikan DIII Kebidanan. Namun demikian, dalam pelaksanaan tugas diketahui bahwa terdapat petugas yang menjadi penanggung jawab program lebih dari satu program, yang mana pengelola bidan ibu di Puskesmas juga mempunyai daerah binaan. Dalam hal ini sebagian tenaga kesehatan di samping sebagai pengelola kesehatan ibu dan juga tugas rangkap sebagai bidan koordinator.

Berdasarkan hasil penelitian juga diketahui bahwa pendistribusian tenaga bidan dirasakan masih belum optimal. Masih terdapat ketimpangan pemerataan tenaga kesehatan. Hal ini jelas terlihat di daerah-daerah yang memiliki daerah sulit dan terpencil. Sebagian tenaga bidan yang bertugas di daerah sulit masih berstatus tenaga honor/kontrak. Walaupun ada tenaga kesehatan yang PNS, namun keberadaannya cenderung tidak bisa bertahan lama dan cenderung mengajukan permohonan pindah. Perpindahan dan kekosongan tenaga kesehatan inilah yang menjadi salah satu kendala dalam penyediaan akses layanan kesehatan kepada masyarakat.

Kebutuhan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi/terlatih untuk penanganan secara cepat di Puskesmas PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) dan di rumah sakit PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) sangat dibutuhkan. Namun dari hasil penelitian diketahui bahwa tenaga kesehatan di puskesmas yang sudah terlatih PONEK masih terbatas. Selanjutnya kondisi rumah sakit yang sudah memiliki tenaga terlatih PONEK juga belum memadai. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan juga mengungkapkan bahwa tenaga-tenaga terlatih PONEK yang terdapat Rumah Sakit Umum (RSU) di Indonesia hanya berkisar 5 persen. Jika pasien datang terlambat, risiko akan meningkat, dan waktu yang diperlukan untuk melakukan tindakan emergensi menjadi semakin singkat. Sebanyak 10-20 persen RSU Tipe C di Indonesia kondisinya tidak mempunyai dokter spesialis kandungan. Hal ini makin memprihatinkan ketika ketersediaan dokter spesialis kandungan pada hari Sabtu dan Minggu (hari libur) yang cenderung terbatas, dan proses rujukan cenderung terhambat karena terbatasnya ketersediaan tenaga dokter (Tejayanti *et al.* 2014). Berdasarkan hasil penelitian juga ditemukan bahwa ketersediaan atau keberadaan dokter spesialis dan bidan di desa pada hari Sabtu dan Minggu (hari libur) juga relatif belum memadai, dan hal ini bisa berakibat pada keterlambatan pelaksanaan rujukan, dan akhirnya pasien terlambat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai.

Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa standar kualitas pelayanan kesehatan dasar belum dapat sepenuhnya mendukung upaya kesehatan ibu dan anak. Kondisi ini bisa terlihat dari masih terbatasnya ketersediaan tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan seperti di puskesmas, dan Poskesdes/Poskesri. Informasi yang disampaikan oleh informan tenaga kesehatan bahwa baru sebagian tenaga kesehatan di Kabupaten Pasaman Barat yang sudah mengikuti pelatihan seperti pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN), PONED dan *Midwife Update*. Beberapa tenaga kesehatan yang belum mengikuti pelatihan APN dan *Midwife Update* antara lain disebabkan karena biaya pelatihan yang dianggap lumayan mahal oleh tenaga bidan. Padahal mengikuti pelatihan dan mendapatkan sertifikat APN serta *Midwife Update* merupakan salah satu persyaratan untuk mendapatkan Surat Tanda Register (STR) bagi tenaga bidan. Hal ini sebagaimana yang dinyatakan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) bahwa setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar, yaitu pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal sebanyak 4 kali selama periode kehamilan dan dilaksanakan oleh bidan dan atau dokter dan atau dokter spesialis kebidanan baik yang bertugas di fasyankes pemerintah maupun swasta yang memiliki STR. Selanjutnya, setiap ibu bersalin juga mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar, yaitu persalinan yang dilakukan oleh bidan dan atau dokter dan atau dokter spesialis kebidanan/kandungan yang bekerja di fasyankes dan memiliki STR, baik persalinan normal dan atau persalinan dengan komplikasi (Kementerian Kesehatan 2016). Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebagian tenaga bidan yang menangani persalinan belum memiliki STR, dan hal ini tentunya berisiko terhadap kematian ibu serta menjadi salah satu permasalahan dalam upaya penurunan AKI

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa kualitas pelayanan pada beberapa puskesmas PONED belum memadai. Belum memadainya kualitas pelayanan di puskesmas PONED ini antara lain dapat disebabkan oleh terbatasnya jumlah dan kualitas tenaga kesehatan, anggaran, ketersediaan peralatan dan prasarana kesehatan. Keterbatasan peralatan dan prasarana kesehatan dapat dilihat dari belum adanya ketersediaan ruangan yang secara khusus untuk melayani persalinan di Puskesmas PONED, dan ruangan yang difungsikan untuk tempat bersalin adalah salah satu rumah dinas dari tenaga kesehatan dengan peralatan dan obat-obatan yang belum memadai. Kondisi kualitas pelayanan kesehatan yang belum memadai ini tentunya bisa berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak yang belum dapat memenuhi standar kualitas pelayanan kesehatan dasar. Hasil penelitian Mardiah juga mengungkapkan bahwa kondisi belum memadainya kualitas pelayanan kesehatan antara lain dapat disebabkan oleh faktor input seperti terbatasnya fasilitas, peralatan, tenaga dokter, kuantitas dan kualitas bidan, dan anggaran (Mardiah dan Hardiana 2018). Selanjutnya berdasarkan data laporan *Riset Fasilitas Kesehatan* tahun 2019 diketahui bahwa kemampuan Puskesmas PONED di Kabupaten Pasaman Barat berdasarkan dari tim PONED lengkap adalah sebesar 25 persen dan tim PONED yang tidak lengkap sebesar 20 persen. Kondisi layanan Puskesmas PONED yang buka 24 jam selama 7 hari sebesar 77,8 persen dan layanan PUSKEMAS memberikan pelayanan 7 hari dalam seminggu sebesar 77,8 persen. Untuk rata-rata ketersediaan alat kesehatan pada ruang PONED di Kabupaten Pasaman Barat baru mencapai sebesar 45,77 persen. Angka ini di bawah rata-rata ketersediaan alat kesehatan pada ruang PONED di Sumatera Barat yang sebesar 63,57 persen dan Indonesia sebesar 67,02 persen (Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan 2019). Hasil penelitian sebagaimana yang telah dijelaskan di atas juga menunjukkan hal yang tidak jauh berbeda, bahwa kondisi kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak pada kenyataannya memang belum memadai, diantaranya disebabkan oleh kondisi belum memadainya ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten, masih terbatasnya fasilitas dan peralatan, dan hal ini menjadi hambatan dalam upaya penurunan kasus kematian ibu di Pasaman Barat.

Pelaksanaan Rujukan dan Jaminan Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa belum memadainya ketersediaan akses pelayanan kesehatan ibu dan anak juga dipengaruhi oleh kondisi belum optimalnya pelaksanaan rujukan, yang antara lain dilatarbelakangi oleh adanya keterlambatan rujukan seperti masih terdapatnya alur rujukan yang tidak sesuai, butuh waktu sampai ke tempat rujukan ≥ 2 jam. Kondisi ini menyebabkan keterlambatan dalam merujuk, keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk merujuk dan terlambat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai, sehingga ibu sulit untuk diselamatkan. Faktor keterlambatan dalam pengambilan keputusan antara lain disebabkan karena adanya kebiasaan musyawarah dan mufakat dengan keluarga besar dalam pengambilan keputusan serta bisa membutuhkan waktu yang relatif lama. Hal ini bisa memperburuk kondisi ibu hamil dan berisiko pada kematian ibu dan bayi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Muthoharoh (2016) di Kabupaten Batang juga mengungkapkan bahwa ada berbagai faktor yang melatarbelakangi kejadian kematian maternal, diantaranya keterlambatan rujukan meliputi keterlambatan dalam pengambilan keputusan dari pihak keluarga yang masih memegang peranan penting pada kejadian kematian ibu. Peran suami yang dominan dalam pengambilan keputusan dan adanya budaya berunding/musyawarah dalam keluarga bisa menjadi kendala dalam pelaksanaan rujukan, dan berkontribusi terhadap keterlambatan pertama pada kasus-kasus kematian ibu, sehingga ketika bidan datang kondisi ibu sudah buruk (Muthoharoh *et al.* 2016). Terkait dengan pengambilan keputusan, persentase perempuan yang memiliki partisipasi tinggi dalam pengambilan keputusan cukup tinggi namun belum optimal, yaitu hanya sebesar 68,6 persen. Selain itu terdapat 6,9 persen wanita yang melaporkan tidak ikut serta dalam pengambilan keputusan rumah tangga (Rizkianti, *et al.* 2020)

Kondisi tingginya jumlah kasus kematian ibu menurut hasil penelitian yang dilakukan Astari juga terkait dengan akses jangkauan dalam mekanisme sistem rujukan, terutama pada akses dengan Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS), di mana saat akan dirujuk oleh tenaga bidan dari rumah menuju ke rumah sakit harus terlebih dahulu melalui rujukan puskesmas atau PONEK. Walaupun sudah diberikan pertolongan terlebih dahulu di puskesmas, namun hal ini memperlambat waktu. Padahal ibu sudah dalam kondisi gawat darurat, dan ketika tidak sanggup baru dirujuk kembali ke rumah sakit. Adanya proses sistem rujukan yang bertingkat dapat memperlambat waktu penanganan yang seharusnya dapat segera ditangani di fasilitas yang lengkap (Astari *et al.* 2018). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Suroyo di Kota Banjarmasin, Kalimantan Selatan juga mengungkapkan bahwa masih tingginya angka kematian ibu diantaranya disebabkan karena belum optimalnya sistem rujukan dari rumah ke puskesmas/bidan praktek mandiri dan ke rumah sakit, yang dilatarbelakangi oleh adanya keterlambatan deteksi risiko tinggi, sehingga ibu hamil yang dirujuk kondisinya sudah cukup parah dan keterlambatan penanganan di rumah sakit (Suroyo 2016). Terlambatnya proses rujukan dan ketidaksiapan fasilitas kesehatan terutama di puskesmas dan di rumah sakit kabupaten untuk melakukan pelayanan PONEK juga dapat menyebabkan tingginya kasus kematian ibu. Pelayanan rujukan maternal adalah mata rantai yang penting dan perlu menjadi perhatian, dan hal ini disebabkan karena sekitar 40 persen persalinan yang dilaksanakan di rumah sakit merupakan kasus rujukan (Handriani dan Melaniani 2015).

Hasil penelitian mengungkapkan permasalahan lainnya dalam pelaksanaan rujukan yang terkait dengan administrasi kependudukan. Sebagian masyarakat belum memiliki kelengkapan data kependudukan seperti Kartu Keluarga (KK) dan Kartu Tanda Penduduk (KTP), dan hal ini yang menjadi kendala ketika ibu hamil berisiko tinggi dari keluarga kurang mampu harus dirujuk ke rumah sakit, padahal tidak mempunyai kartu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dari beberapa kasus kematian ibu, pasien berasal dari keluarga yang kurang mampu dan belum terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Untuk menjadi peserta non PBI atau peserta JKN secara mandiri terkendala ketika harus

membayar sebanyak Rp.25.500,- per anggota keluarga, sehingga pada saat ibu harus dirujuk keluarga tidak bisa mengambil keputusan untuk merujuk ke rumah sakit. Kondisi keterbatasan dalam pembayaran kesehatan ini menyebabkan ibu tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan yang memadai, dan ibu tidak bisa diselamatkan. Terkait dengan persoalan pembayaran kesehatan, Zahtamal *et al.* (2011) mengemukakan bahwa pembayaran kesehatan yang dilakukan secara mandiri berakibat terhadap beratnya beban ekonomi keluarga, dan hal inilah yang cenderung menyebabkan mereka tidak bisa mengakses layanan Kesehatan. Kemudian dari hasil penelitian juga ditemukan kendala lainnya terkait dengan pelaksanaan JKN yaitu masih kurangnya sosialisasi dan informasi layanan tentang JKN, dan akhirnya menyebabkan masyarakat mengeluhkan prosedur JKN itu dianggap sulit dan rumit serta melelahkan dalam pengurusannya.

Keterbatasan Sarana dan Prasarana Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), Pondok Bersalin Desa (Polindes), Pos Kesehatan Nagari (Poskesri) masih belum memadai. Dalam hal ini kondisi ketersediaan bangunan, peralatan kesehatan, obat-obatan, sarana transportasi (ambulan) dianggap masih terbatas. Selanjutnya kelengkapan sarana dan prasarana di PONE D yang sesuai standar juga dianggap belum memadai. Berdasarkan data dari Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan (2017) diketahui bahwa baru 34,47 persen puskesmas di Provinsi Sumatera Barat yang merupakan puskesmas rawat inap (menjalankan fungsi perawatan dan biasanya diberikan tambahan ruangan dan fasilitas rawat inap yang merupakan pusat rujukan antara), sedangkan sebanyak 65,53 persen masih Puskesmas non-rawat inap (Kementerian Kesehatan 2017).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa baru sebagian puskesmas di lokasi penelitian yang mempunyai kemampuan PONE D. Kondisi Puskesmas yang belum mempunyai kemampuan PONE D antara lain dilihat dari belum adanya tim PONE D, belum memadainya layanan PONE D yang buka 24 jam selama 7 hari, masih terbatasnya ketersediaan alat-alat kesehatan di Puskesmas PONE D. Berdasarkan data hasil riset fasilitas kesehatan tahun 2019 yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (BPPK), diketahui bahwa baru 32,6 persen puskesmas di Provinsi Sumatera Barat yang mempunyai kemampuan PONE D, dan sebesar 67,02 persen puskesmas memiliki ketersediaan alat kesehatan di ruang PONE D (Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan 2019).

Permasalahan Sosial Budaya dan Ekonomi dalam Pemanfaatan Layanan Kesehatan Ibu

Faktor sosial budaya merupakan faktor eksternal yang paling besar perannya dalam membentuk perilaku manusia. Faktor sosial budaya sebagai faktor eksternal yang mempengaruhi perilaku seseorang antara lain mencakup struktur sosial, nilai-nilai, adat istiadat, kepercayaan, kebiasaan masyarakat, tradisi dan sebagainya. Sedangkan faktor internal yang mempengaruhi terbentuknya perilaku seperti persepsi, pengetahuan, motivasi, dan sebagainya. Selain faktor perilaku tersebut, juga terdapat aspek non perilaku yang dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu yang berhubungan dengan dana, baik untuk biaya pengobatan maupun biaya untuk mencapai pelayanan kesehatan (Notoatmodjo 1997).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ada permasalahan sosial budaya dan ekonomi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Adapun permasalahan sosial budaya masyarakat tersebut terkait dengan belum memadainya pengetahuan dan pemahaman masyarakat terhadap upaya kesehatan ibu, dan adanya praktek, kebiasaan dan kepercayaan masyarakat yang terkait dengan kesehatan ibu. Dari beberapa kasus kematian ibu di lokasi penelitian tidak terlepas dari persoalan masih terbatasnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan (pemeriksaan kehamilan

yang berkualitas) dan pertolongan persalinan dengan tenaga kesehatan. Dalam hal ini masyarakat belum memahami pentingnya pemeriksaan kehamilan yang sesuai dengan standar kesehatan minimal dilakukan sebanyak 4 kali selama kehamilan. Meski demikian, masih ada yang memeriksakan kehamilan setelah memasuki trimester kedua periode kehamilan. Adapun alasan tidak melaksanakan pemeriksaan kehamilan pada triwulan 1 antara lain karena tidak merasakan adanya keluhan, malu (karena sudah banyak memiliki anak), dan khawatir kehamilannya bisa gagal. Di samping itu, juga ada sebagian masyarakat yang tidak bisa melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin karena adanya kebiasaan keluarga melakukan aktifitas di ladang, bahkan sampai beberapa hari mereka tidak pulang ke rumah dan berada di ladang, sehingga pada waktu jadwal posyandu mereka tidak bisa hadir untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Selain itu ada pula yang belum bersedia untuk melakukan pemeriksaan kehamilan hingga usia kehamilan sekitar 7-8 bulan dengan alasan malu karena hamil di luar nikah. Karena ada permasalahan atau sudah mendekati kelahiran, akhirnya mereka bersedia untuk meminta bantuan tenaga kesehatan di luar lingkungan tempat tinggal mereka.

Hasil penelitian juga mengungkapkan bahwa pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pengenalan tanda bahaya dan pencarian pertolongan dengan tenaga kesehatan terutama di daerah pedesaan dan tertinggal belum memadai. Hal ini dapat dilihat dari contoh kasus kematian ibu, ketika usia kehamilan 9 bulan (hamil anak pertama) ibu mengalami gejala pusing dan kejang. Keluarga beranggapan dan percaya bahwa adanya kondisi kejang tersebut disebabkan adanya gangguan makhluk gaib (*tasapo*), sehingga mereka meminta pertolongan pada dukun kampung untuk mengobati keluhan tersebut. Namun kondisi ibu bukannya semakin membaik tetapi ibu sempat kejang sampai beberapa kali. Melihat kondisi ibu yang mengkhawatirkan akhirnya pihak keluarga memutuskan untuk meminta pertolongan pada bidan desa, tetapi bidan desa tidak berada di tempat. Pihak keluarga kemudian mencari pertolongan ke puskesmas, selanjutnya ibu dirujuk ke rumah sakit yang jaraknya lumayan jauh, namun ibu tidak bisa diselamatkan dan meninggal di rumah sakit. Dalam hal ini terlihat bahwa keterbatasan pengetahuan dan pemahaman masyarakat terkait tanda bahaya kehamilan, keterlambatan dalam pengambilan keputusan dan jarak ke rumah sakit yang relatif jauh telah berisiko terhadap keselamatan ibu dan bayi. Hasil penelitian yang dilakukan Zahtamal dan Chandra (2011) mengungkapkan bahwa sebesar 45,26 persen responden belum memiliki kepercayaan terhadap nilai-nilai kesehatan terutama dalam aspek gizi selama periode kehamilan/persalinan/nifas dan menyusui serta aspek kepercayaan ketika periode kehamilan.

Hasil penelitian menemukan bahwa sebagian masyarakat khususnya yang bertempat tinggal di pedesaan dan terutama di daerah terpencil mempunyai kebiasaan melahirkan di rumah dengan bantuan tenaga dukun beranak. Walaupun sudah ada kehadiran bidan desa, namun sosok dukun beranak masih dihargai, mempunyai kedudukan/kekuatan yang kuat serta sangat dipercaya dalam melakukan pemeriksaan kehamilan dan persalinan serta melaksanakan kegiatan-kegiatan yang sudah merupakan tradisi dari masyarakat setempat secara turun temurun. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Balitbangkes di Kabupaten Nias Selatan, Provinsi Sumatera Utara bahwa sebagian besar informan melahirkan di rumah dengan penolong persalinan dukun beranak. Mereka percaya bahwa dukun dapat menolong mereka karena mereka sudah terbiasa bertemu dukun yang menolong persalinan tersebut dan yang *mengkusuk* (memijat) ibu ketika hamil. Kemampuan dukun beranak mengurut ini yang menyebabkan masyarakat masih mendatangnya (Angkasawati *et al.* 2013).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kebiasaan melahirkan di rumah dengan bantuan tenaga bidan juga menjadi pilihan sebagian masyarakat terutama di daerah pedesaan/terpencil. Walaupun mereka sudah memiliki kartu JKN (BPJS) dari pemerintah, namun kebiasaan di rumah cenderung dipilih karena pertimbangan kebiasaan keluarga dan lebih nyaman melahirkan di rumah, dan adanya rasa khawatir jika melahirkan di fasilitas kesehatan nantinya akan di rujuk ke rumah sakit serta akan dilakukan operasi. Di samping

itu, masyarakat juga lebih cenderung melahirkan di rumah karena pertimbangan kondisi geografis yang sulit dan jarak yang jauh, besarnya biaya transportasi dan biaya hidup keluarga dan biaya lainnya yang harus dikeluarkan jika nantinya melahirkan di rumah sakit. Kebiasaan masyarakat yang melakukan persalinan di rumah dengan tenaga bidan atau pun dukun beranak ini cenderung berisiko terhadap kematian ibu dan anak yang akan dilahirkan. Dari hasil penelitian juga diketahui bahwa sebagian masyarakat baru akan mau untuk meminta pertolongan dengan tenaga kesehatan jika mereka ada keluhan dengan kehamilan dan kondisinya sudah buruk. Namun demikian, jika seandainya kondisi ibu sudah tidak dapat ditangani oleh tenaga bidan desa, maka akan dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai. Kondisi ini kemudian menjadi semakin parah ketika terlambat dalam pengambilan keputusan keluarga untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan atau rumah sakit, dan akhirnya berisiko terhadap keselamatan ibu dan bayinya. Terkait dengan temuan penelitian mengenai kebiasaan sebagian masyarakat yang melahirkan di rumah ini, hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Bantu dan Pandeglang juga mengungkapkan bahwa masih banyak ditemukan masyarakat melakukan tindakan coba-coba untuk melahirkan di rumah dengan bantuan tenaga dukun beranak, jika ada hambatan baru memanggil bidan, dan jika bidan tidak sanggup mengatasinya akan di rujuk ke fasilitas kesehatan atau rumah sakit. Ada persepsi dari ibu hamil dan keluarga bahwa jika melahirkan di fasilitas kesehatan atau rumah rumah sakit kondisi ibu sudah berbahaya, dan mereka berharap jangan sampai melahirkan di fasilitas kesehatan atau rumah sakit (Widodo *et al.* 2017).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar latar belakang pendidikan dari keluarga kasus kematian ibu cenderung relatif rendah, yaitu tamat Sekolah Dasar (SD) dan Sekolah Menengah tingkat Pertama (SMP) dengan latar belakang pekerjaan sebagai petani serta kondisi sosial ekonomi keluarga yang relatif rendah. Dengan keterbatasan pendidikan dan kondisi kehidupan sosial ekonomi yang terbatas dan cenderung miskin, sebagian masyarakat mengalami kendala dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Hasil penelitian yang dilakukan di Kota Magelang juga mengungkapkan bahwa kaum ibu yang miskin dan tidak berpendidikan cenderung mengalami hambatan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, karena terbatasnya biaya terutama untuk tindakan bedah dan biaya transportasi. Jika kaum ibu harus membayar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan obat esensial, dan apabila harus menanggung biaya yang besar karena meninggalkan pekerjaan, maka pelayanan kesehatan yang berkualitas akan sulit untuk dijangkau (Rengga 2012). Kondisi belum memadainya pemahaman masyarakat tentang pemeriksaan dan pertolongan persalinan dengan kesehatan antara lain terkait dengan masih belum optimalnya pelaksanaan sosialisasi, promosi kesehatan dan pemberdayaan kesehatan oleh tenaga kesehatan, dan hal ini dilatarbelakangi oleh masih terbatasnya tenaga penyuluh atau tenaga promkes di fasilitas kesehatan dan rangkap tugas dari tenaga bidan. Dalam hal ini perlu dioptimalkan sosialisasi, promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan lintas sektor serta potensi sosial lokal dari masyarakat setempat.

Aternatif Strategi dan Rencana Aksi dalam Upaya Penurunan AKI

Berdasarkan gambaran yang telah dijelaskan di atas, telah diketahui bagaimana kondisi dan beberapa permasalahan yang berkaitan dengan upaya penurunan AKI. Pada tabel 2 dijelaskan mengenai beberapa kekuatan (potensi) dalam upaya penurunan AKI diantaranya adalah ketersediaan kesehatan yang mampu PONEK dan PONEK, sudah tersedianya sumber daya kesehatan terlatih, sudah adanya beberapa kebijakan dari pemerintah pusat seperti adanya Peraturan Menteri Kesehatan dan Peraturan Gubernur Sumatera Barat tentang pelaksanaan rujukan. Peluang yang bisa dimanfaatkan untuk penurunan AKI, yaitu adanya komitmen pemerintah dengan diberlakukannya UU Nomor 24 tahun 2011 tentang (BPJS) sejak 1 Januari 2014 dan UU Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa, meningkatnya kemajuan teknologi bisa mempermudah pelaksanaan rujukan (secara

daring), tersedianya kelembagaan dan organisasi berbasis masyarakat. Namun demikian juga masih terdapat permasalahan dalam upaya penurunan AKI, di antaranya kondisi fasilitas kesehatan pada pelayanan dasar dan rujukan belum sesuai standar, belum optimalnya kualitas pelayanan PONEK di rumah sakit dan pelayanan PONEK di puskesmas, ketersediaan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi belum memadai dan pendistribusiannya belum merata, belum pelaksanaan rujukan dan JKN. Selanjutnya juga terdapat tantangan dalam penurunan AKI diantaranya belum adanya regulasi yang dapat mendukung secara efektif pelaksanaan Program Kesehatan Ibu di kabupaten/kota, masih terbatasnya pemahaman dan kesadaran ibu hamil tentang masalah kehamilan risiko tinggi dan terbatasnya akses masyarakat terhadap fasyankes yang berkualitas.

Tabel 2. Matriks SWOT Upaya Penurunan AKI

No.	Kekuatan	Kelemahan
1.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersedianya fasilitas kesehatan yang mampu PONEK dan PONEK. 2. Tersedianya sumber daya kesehatan yang sudah terlatih. 3. Adanya dukungan dana/anggaran baik dari APBD dan APBN dalam pemenuhan sarana prasarana fisik dan peralatan kesehatan. 4. Adanya Keputusan Menkes RI Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit 5. Adanya Permenkes Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas. 6. Adanya Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 39 Tahun 2015 tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan. 7. Adanya <i>Standard Operating Procedure</i> (SOP) <i>Antenatal Care</i> (ANC) di fasilitas Kesehatan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi fasilitas kesehatan pada pelayanan dasar (sebagian yang mampu PONEK) dan rujukan belum sesuai standar. 2. Belum optimalnya kualitas pelayanan PONEK di rumah sakit dan pelayanan PONEK di puskesmas. 3. Ketersediaan tenaga kesehatan dari jumlah, kualitas (kompetensi tenaga kesehatan) dan pendistribusiannya belum memadai. 4. Belum optimalnya pelaksanaan rujukan persalinan (belum cepat dan tepat serta belum dilaksanakan secara <i>online</i>). 5. Belum optimalnya pelaksanaan BPJS. 6. Belum optimalnya upaya promotif dan preventif. 7. Kurangnya kepatuhan petugas terhadap standar yang telah ditetapkan.
	Peluang	Tantangan
2.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya komitmen pemerintah dengan diberlakukannya UU Nomor 24 tahun 2011 tentang (BPJS) sejak 1 Januari 2014. 2. Telah disyahkan UU Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa. 3. Meningkatkan kemajuan teknologi bisa mempermudah pelaksanaan rujukan (secara <i>online</i>). 4. Tersedianya kelembagaan dan organisasi berbasis masyarakat. 5. Adanya peran serta lintas sektor terkait, Organisasi Kemasyarakatan dalam bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (posyandu, poskeskel, poskestri). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum adanya regulasi yang mendukung secara efektif pelaksanaan program kesehatan ibu. 2. Masih terbatasnya pemahaman dan kesadaran ibu hamil tentang kehamilan risiko tinggi. 3. Terbatasnya akses masyarakat terhadap fasyankes yang berkualitas, terutama penduduk miskin di daerah tertinggal/terpencil. 4. Masih terdapatnya keterlambatan dalam penanganan kasus (3T). 5. Belum optimalnya peran serta/pemberdayaan masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. 6. Belum optimalnya kerjasama lintas sektor dan swasta.

Berdasarkan matriks SWOT di atas, maka beberapa strategi yang dapat dilakukan dalam rangka penurunan AKI adalah: (1) peningkatan ketersediaan dan kualitas penanganan kesehatan ibu di fasyankes serta penguatan rujukan persalinan; (2) penguatan kapasitas sumber daya kesehatan yang mempunyai kompetensi dan profesional; (3)

peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu yang lebih menitikberatkan pelayanan kesehatan promotif dan preventif ; dan (4) optimalisasi pemberdayaan masyarakat.

Berdasarkan permasalahan dan alternatif strategi tersebut di atas kemudian dibuat beberapa alternatif rencana aksi/kegiatan yang dapat dilaksanakan dan ditindaklanjuti oleh instansi terkait. Pada tabel 3 terlihat bahwa untuk strategi peningkatan ketersediaan dan kualitas penanganan kesehatan ibu di fasyankes serta penguatan rujukan persalinan dapat dilakukan dengan: (1) optimalisasi kualitas pelayanan pemeriksaan kehamilan, antara lain melalui penjarangan kasus risiko tinggi dan pengawasan ANC yang sesuai standar, dan skrining untuk pemeriksaan deteksi Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK), anemia dengan ANC terstandar (10T); dan (2) peningkatan ketersediaan layanan dan kualitas keberlangsungan layanan kesehatan ibu serta keterjangkauan pelayanan antara lain melalui kegiatan penyediaan layanan persalinan 24 jam di puskesmas, pelaksanaan sistem rujukan dan penguatan rujukan persalinan yang berbasis aplikasi (e-rujukan), usulan regulasi/kebijakan lokal) tentang pelaksanaan sistem rujukan pelayanan kesehatan.

Tabel 3. Strategi dan Rencana Aksi Penurunan AKI

No	Masalah	Strategi	Alternatif Rencana Aksi
1.	Ketersediaan akses layanan kesehatan ibu dan anak belum memadai:	1. Peningkatan ketersediaan dan kualitas penanganan kesehatan ibu di fasyankes serta penguatan rujukan persalinan	1. Optimalisasi kualitas pelayanan ANC, dengan kegiatan: <ol style="list-style-type: none"> Penjarangan kasus risiko tinggi dan pengawasan ANC yang sesuai standar Skrining untuk pemeriksaan deteksi HDK, anemia dengan ANC terstandar (10T).
		2. Penguatan kapasitas sumber daya kesehatan yang mempunyai kompetensi dan profesional	2. Peningkatan ketersediaan layanan dan kualitas keberlangsungan layanan kesehatan ibu serta keterjangkauan pelayanan, dengan kegiatan: <ol style="list-style-type: none"> Penyediaan kecukupan obat dan cairan infus di setiap fasilitas kesehatan melalui perencanaan obat berbasis data Penyediaan layanan persalinan 24 jam di puskesmas Pelaksanaan sistem rujukan dan penguatan rujukan persalinan yang berbasis aplikasi (e-rujukan) yang terintegrasi Usulan regulasi/kebijakan (perda lokal) tentang pelaksanaan sistem rujukan pelayanan kesehatan
2.	Adanya hambatan sosial budaya dalam pemanfaatan layanan kesehatan	3. Peningkatan pelayanan kesehatan ibu yang lebih menitikberatkan pelayanan kesehatan promotif dan preventif	1. Peningkatan jumlah tenaga kesehatan yang terlatih PONEK/PONEK dengan komitmen tim yang kuat 2. Pengawasan terhadap kepatuhan tenaga kesehatan dalam melaksanakan SOP pelayanan kesehatan 3. Komitmen dan kewajiban fasilitas kesehatan terutama swasta untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan
		4. Optimalisasi pemberdayaan masyarakat	1. Peningkatan edukasi oleh tenaga kesehatan tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan dengan tenaga kesehatan 2. Penyuluhan pada wanita hamil dengan risiko tinggi 3. Peningkatan sosialisasi anjuran usia perkawinan diatas atau sama 20 tahun
			1. Optimalisasi pemanfaatan dana desa untuk Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (Poskesdes Posyandu, Desa siaga dengan P4K, dan Pos Gizi Desa) 2. Pemberdayaan dasa wisma, kader posyandu dan keluarga untuk pendampingan dan pengawasan/kontrol terhadap kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi tablet besi 3. Optimalisasi peran kader dalam P4K

Strategi penguatan kapasitas sumber daya kesehatan yang mempunyai kompetensi dan profesional dapat dilakukan melalui peningkatan jumlah tenaga kesehatan yang terlatih PONEK/PONEK dengan komitmen tim yang kuat, pengawasan terhadap kepatuhan tenaga kesehatan dalam melaksanakan SOP pelayanan kesehatan. Selanjutnya, peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu yang lebih menitikberatkan pelayanan kesehatan promotif dan preventif dapat dilakukan dengan penyuluhan pada wanita hamil dengan risiko tinggi tentang bahaya *pre-eklampsia* dan *eklampsia* melalui kelas ibu dan peningkatan edukasi oleh tenaga kesehatan tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan dengan tenaga kesehatan. Kemudian strategi optimalisasi pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan optimalisasi pemanfaatan dana desa untuk Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat dan optimalisasi peran kader dalam P4K (tabel 3).

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

Simpulan

Beberapa permasalahan dalam upaya penurunan AKI di Kabupaten Pasaman Barat adalah: (a) belum memadainya ketersediaan akses pelayanan kesehatan ibu dan anak (kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan masih terbatas, kualitas pelayanan belum memadai, keterbatasan sarana prasarana kesehatan, pelaksanaan rujukan dan pelaksanaan BPJS yang belum optimal); dan (b) adanya permasalahan sosial, budaya, dan ekonomi masyarakat dalam pemanfaatan layanan kesehatan ibu dan anak (masih terbatasnya pengetahuan, adanya kebiasaan, perilaku dan kepercayaan masyarakat terkait pemeriksaan dan pertolongan persalinan dengan tenaga kesehatan).

Beberapa strategi dalam rangka penurunan AKI yang dapat dilakukan adalah (a) peningkatan kuantitas dan kualitas penanganan kesehatan ibu di fasyankes; (b) penguatan rujukan persalinan, penguatan kapasitas sumber daya kesehatan yang mempunyai kompetensi dan profesional; (c) peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu yang lebih menitikberatkan pelayanan kesehatan promotif dan preventif; dan (d) optimalisasi pemberdayaan masyarakat.

Rekomendasi

Berdasarkan studi kasus di Kabupaten Pasaman, untuk menurunkan AKI di Provinsi Sumatera Barat, perlu dilakukan alternatif strategi kebijakan dan rencana aksi, antara lain: (a) penjarangan kasus risiko tinggi; (b) pengawasan ANC yang sesuai standar; (c) Ibu hamil dapat mengubah jadwal posyandu pada sore hari jika tidak dapat memeriksakan kehamilan di pagi hari karena harus bekerja di ladang; (c) puskesmas dapat menyediakan layanan persalinan 24 jam; (d) penyusunan Perda tentang pelaksanaan sistem rujukan pelayanan kesehatan, pengawasan terhadap kepatuhan tenaga kesehatan terhadap pelaksanaan SOP pelayanan kesehatan, dan peningkatan jumlah tenaga kesehatan yang terlatih PONEK/PONEK; (e) optimalisasi pemanfaatan dana desa untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat dan optimalisasi pemberdayaan masyarakat melalui Desa Siaga, Poskesdes dan Posyandu; (f) meningkatkan koordinasi lintas program dan lintas sektor dalam implementasi program-program yang sudah disusun; dan (g) dukungan alokasi anggaran di luar sektor kesehatan terkait upaya penurunan AKI.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sumatera Barat, yang telah memberikan kesempatan dan dukungan kepada penulis dalam melaksanakan penelitian ini. Selanjutnya juga ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu hingga selesainya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Angkasawati, T. J., Handayani, L., & Laksono, A. D. (Eds.). 2013. *Simpang Jalan Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak Sebuah Studi Etnografi*. Kanisius.
- Astari, R. Y., Sandela, D., & Elvira, G. 2018. Gambaran Kematian Ibu di Kabupaten Majalengka Tahun 2015 (Study Kualitatif). *Midwifery Journal* Vol. 3 (1), 69–75. <https://doi.org/10.31764/mj.v3i1.149>
- Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan. 2018. Laporan Provinsi Sumatera Barat Riskesdas 2018. In *Laporan Riskesdas Nasional 2018*.
- Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan. 2019. *Laporan Riset Fasilitas Kesehatan 2019*.
- Bungin, B. 2010. *Penelitian Kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya*. Kencana.
- Chasanah, S. U. 2015. Peran Petugas Kesehatan Masyarakat Dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Pasca MDGs 2015. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 9 (No 2), 73–79. <https://doi.org/10.24893/jkma.v9i2.190>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat. 2017. *Laporan Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Pasaman Barat*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat. 2018. *Laporan Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Pasaman Barat*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. 2016. *Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat 2016-2021*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. 2019. *Laporan Tahunan Kesehatan Ibu dan Anak*.
- Handriani, I., & Melaniani, S. 2015. Pengaruh Proses Rujukan Dan Komplikasi Terhadap. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol.3 (No3 September), 400–411.
- Irianto, J., & Suharjo, S. 2016. Peranan Puskesmas Mampu PONEID Dalam Penurunan Kematian Ibu. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 19 (No 1 Januari), 1–9. <https://doi.org/10.22435/hsr.v19i1.4984.1-9>
- Kementerian Kesehatan. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128 tahun 2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Kementerian Kesehatan. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan. 2017. *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016*.
- Mardiah, & Hardiana, H. 2018. Alternatif Kebijakan Operasional Audit Maternal Perinatal (AMP) Di Kabupaten Barito Kuala Kalimantan Selatan Alternative. *Jurkessia*, VIII (No 2 Maret), 69–85.
- Muthoharoh, N. A., Imam, P., & Rr.Vita, N. 2016. Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kematian Maternal di Kabupaten Batang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(1), 1–18. <http://jurnal.unikal.ac.id/index.php/medika/article/view/374/345>
- Notoatmodjo, S. 1997. *Ilmu Kesehatan masyarakat*. PT. Rineka Cipta.
- Rengga, O. A. 2012. Studi Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Dasar di Kota Magelang. In *Forum (Semarang)* Vol. 40 (1).
- Rizkianti, A., Afifah, T., Saptarini, I., & Rakhmadi, M. F. 2020. Women's Decision-

- Making Autonomy in The Household and The Use of Maternal Health Services: An Indonesian Case Study. *Midwifery*, 90. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102816>
- Suroyo, A. 2016. Implementasi Kebijakan Sistem Jaminan Kesehatan Ibu Hamildalam Rangka Mempercepat Pencapaianmillenium Development Goals- Mdg'S Di Kota Banjarmasin, Kalimantan Selatan. *JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik*, 2(02), 407–418. <https://doi.org/10.30996/jpap.v2i02.999>
- Susiana, S. 2019. Angka Kematian Ibu : Faktor Penyebab Dan Upaya Penanganannya. *Info Singkat*, XI,No.24/I, 13–18.
- Tejayanti, T., Perwitasari, D., & Sulistiyowati, N. 2014. *Kajian Layanan Kesehatan Ibu*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan.
- Widodo, Y., Amanah, S., Pandjaitan, N. K., & Susanto, D. 2017. Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi dan Budaya Terhadap Perilaku Persalinan di Pedesaan Daerah Angka Kematian Ibu Rendah dan Tinggi. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(1), 77–88. <https://doi.org/10.22435/kespro.v8i1.6753.77-88>
- Zahtamal, Restuastuti, T., & Chandra, F. 2011. Determinant Factor Analysis on Mother and Child Health Service Problem. *Kesmas-National Public Health Journal*, 6(1), 9–16.