

**MAKING PREGNANCY SAFER POLICY IMPLEMENTATION  
IN BANJAR DISTRICT, SOUTH KALIMANTAN PROVINCE**

Nor Wahidah, Mubasysyir Hasanbasri

Komentar kirim ke:  
[mhasanbasri@ugm.ac.id](mailto:mhasanbasri@ugm.ac.id)

**-Tidak Untuk Disitasi-**

---

*Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada*

*Yogyakarta, 2006*

---

## **The Implementation Of Making Pregnancy Safer Policy In Banjar District, South Kalimantan Province**

### **Abstract**

Indonesia placed the top rank of Maternal Mortality among other South East Asia countries that was 343 of 100 000 live birth in 1997. There had been some obstacles in implementation of Safe Motherhood Programs since 1988. Thus, adapted WHO strategy "Making Pregnancy Safer Initiative" that stated in 2000, this study tried to evaluate the implementation of Maternal Perinatal Health Program of Astambul Puskesmas within MPS strategic approaches. A case study with various methods of data collection, including references study, questionnaires and interviews with traditional midwife, village midwives, program manager of Astambul Public Health Center, and local health district. The unit of analysis were program and Astambul Public Health Center as the management point of the program. Qualitative data analysis consists of coding and classification to identify core category which then was evaluated within the approaches of MPS initiative strategy.

The study showed that implementation of Maternal and Perinatal health Program in Astambul Public Health Service quantity had achieved targets of indicators determined. There had been adequate obstetric accessibilities, good partnership between traditional midwife, village midwives, and Astambul Public Health Center, and full support of the family, community leaders, and private sectors. However, the quality of some sectors were still low that there were inadequate human resources training, incomplete facilities, and still no good enough attention and supervision from the Health District.

In summary, the only MPS indicator have been met, there is delivery aids range by health workers (93%) quantitatively. Therefore, its qualitatively had to improved especially in active service, and KIE effort and administration revitalization and reporting. Health Agency best to improving the capacity of program management included quality control, resources development more; qualitatively through a training, completeness standard equipments, and developing Astambul Public Health service as PONE, improve the capacity management, actively health attendants, and upgrading the Counseling, Information, and Education efforts within full support of local and national government, community leader, and private sectors.

**Keywords:** Decreasing AKI and AKB effort, maternal and perinatal, health service quality.

## Latar Belakang

Masalah kesehatan ibu dan bayi baru lahir masih jauh dari keadaan yang diharapkan. Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 1997 menunjukkan Angka Kematian Ibu (AKI) menempati kedudukan tertinggi di negara ASEAN yakni 343 setiap 100.000 kelahiran, sementara Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 52,2 per 1000 kelahiran hidup. Keadaan ini menempatkan upaya kesehatan ibu dan bayi baru lahir sebagai upaya prioritas dalam bidang kesehatan.<sup>1</sup> Kematian ibu hamil dilatarbelakangi oleh: (1) persalinan ditolong oleh dukun sekitar 30%, (2) 70% persalinan di rumah, bila terjadi komplikasi dan memerlukan rujukan, akan membutuhkan waktu cukup lama, (3) derajat kesehatan ibu sebelum dan saat hamil masih rendah yaitu 50% menderita anemia, 30% berisiko kurang energi kronis, sekitar 65% berada dalam keadaan “4 terlalu”, dan (4) status perempuan masih rendah, sehingga terlambat mengambil keputusan ditingkat keluarga untuk mencari pertolongan<sup>1</sup>.

Program Safe Motherhood telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 1988 dengan melibatkan secara aktif berbagai sektor pemerintah dan non-pemerintah, masyarakat, serta dukungan dari berbagai badan internasional. Walaupun menunjukkan penurunan yang bermakna, target nasional untuk menurunkan AKI menjadi 125 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010 masih jauh untuk dicapai.<sup>2</sup> Pada tahun 2000, pemerintah Indonesia mencanangkan Making Pregnancy Safer (MPS) yaitu strategi sektor kesehatan secara terfokus dan bertujuan mengatasi masalah kematian dan kesakitan ibu dan bayi. Tiga pesan atau fokus kegiatan ini, yaitu: (1) setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, (2) setiap komplikasi memperoleh pelayanan rujukan yang adekuat, dan (3) setiap wanita usia reproduksi mendapat akses pencegahan dan penanganan kehamilan yang tidak diinginkan dan komplikasi aborsi<sup>1,2</sup>. Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan masyarakat yang terdepan dituntut untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan agar mampu bersaing dengan fasilitas kesehatan lainnya (MPS, 2001). Pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan prioritas program pokok pelayanan dasar di Puskesmas untuk menurunkan kematian atau mortality dan kejadian kesakitan atau morbidity di kalangan ibu. Kegiatan ini ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu selama kehamilan, persalinan dan menyusui, serta meningkatkan derajat kesehatan anak<sup>3</sup>.

Data dan penelitian membuktikan bahwa implementasi dan kualitas pelayanan program kesehatan ibu dan anak pada daerah miskin dan desa terpencil masih buruk. Hal ini karena manusia, dana, peralatan dan infrastruktur setempat tidak memadai<sup>1,4</sup>. Beberapa hasil penelitian selanjutnya membuktikan bahwa fasilitas kesehatan kurang dimanfaatkan

karena pengaruh faktor pendidikan dan sosial ekonomi keluarga<sup>4</sup>. Di Propinsi Kalimantan Selatan, AKI dilaporkan sebesar 112 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan AKI di Kabupaten Banjar sebesar 20 per 100.000 kelahiran hidup cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Banjar mengalami beberapa peningkatan, sedangkan AKI dan AKB mengalami penurunan tetapi masih berada diatas angka nasional. Hal ini karena sumber daya tenaga kesehatan belum menyebar secara merata di unit-unit pelayanan kesehatan, di sisi lain jumlah tenaga kesehatan khususnya medis dan paramedis juga relatif kecil bila dibandingkan dengan jumlah penduduk yang dilayani<sup>5</sup>.

**Tabel 1. Cakupan Pelayanan KIA Tahun 2003**

	<b>Jumlah</b>	<b>Prosentase</b>
K1	11,476	103,16%
K4	9,784	87,94%
Bumil Resti Nakes	1,583	14,22%
Bumil Resti Masyarakat	631	5,67%
Kunjungan Neonatus	9,969	98,58%
Persalinan Nakes	9,244	87,04%

**Tabel 2. Kematian Ibu, Bayi dan Penyebab Kematian Tahun 2003**

	<b>Jumlah</b>	<b>Penyebab</b>
<b>AKI</b>	20 orang	3 perdarahan, 3 eklamsi dan 14 lain-lain.
<b>AKB</b>	44 orang	24 lahir mati, 5 asfiksia, 9 BBLR, 3 tetanus neonaturum dan 3 lain-lain.

Tabel di atas menunjukkan bahwa penyebab kematian ibu dan bayi terbanyak adalah perdarahan, eklamsi, dan lain-lain sedangkan penyebab kematian bayi adalah lahir mati, asfiksia, BBLR, dan tetanus neonaturum. Data tersebut menunjukkan fakta bahwa masalah yang umumnya dihadapi adalah tidak tersedianya data yang akurat tentang penyebab utama kematian di daerah, kurangnya ketersediaan sumber daya yang bermutu dan siap 24 jam, dan rendahnya akses masyarakat karena tidak tersedia dana yang diperlukan. Kabupaten Banjar secara khusus belum melaksanakan program MPS, tetapi upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak sudah dilakukan dengan program *Safe Motherhood* dengan beberapa puskesmas mampu memberikan pelayanan PONEC dan pelatihan asuhan persalinan yang aman (APN) serta kegiatan pelatihan lainnya, juga pemanfaatan fasilitas kesehatan terutama pada unit pelayanan kesehatan masyarakat dengan kebijakan pelayanan berobat gratis pada puskesmas bagi masyarakat<sup>6</sup>. Puskesmas Astambul merupakan satu dari 24 puskesmas yang memiliki tenaga bidan

terbanyak. Selain itu puskesmas ini merupakan Puskesmas pemenang program Gerakan Sayang Ibu saat implementasi program *Safe Motherhood* di Kabupaten Banjar tahun 2001.

Penelitian ini bertujuan mempelajari kondisi manajemen pelayanan KIA menuju persalinan aman di puskesmas dengan pendekatan strategi MPS, khususnya untuk mengetahui penyebaran sumber daya tenaga dan fasilitas, kualitas tenaga kesehatan penolong persalinan yang ada di wilayah kerja puskesmas, kemitraan puskesmas dengan lembaga lain, strategi-strategi supervisi, monitoring, dan evaluasi untuk dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Pada akhirnya dapat diketahui hasil cakupan pelayanan KIA di Kabupaten Banjar sebagai masukan dalam perencanaan *Initiative* MPS dan dapat ditemukan strategi sesuai dengan kondisi di wilayah kerja puskesmas tersebut serta menerapkan program MPS di seluruh puskesmas di Kabupaten Banjar.

### **Metode Penelitian**

Jenis penelitian adalah studi kasus dengan rancangan penelitian desain kasus tunggal holistik untuk mengetahui dan mengungkap kondisi manajemen pelayanan KIA di puskesmas Kabupaten Banjar dengan strategi pendekatan MPS. Responden pada penelitian ini adalah para pengambil kebijakan, perencana, manajer program, bidan desa. Pengumpulan data dilakukan dengan cara studi pustaka atau data sekunder untuk mengetahui situasi dan kondisi puskesmas yang akan menjadi objek penelitian, pengumpulan data ketenagaan dan pelatihan yang pernah diikuti, studi kasus di puskesmas untuk mendapatkan data primer tentang ketenagaan, fasilitas, dan kemitraan pada lembaga lain dengan pertanyaan wawancara terstruktur dan cek list, serta didukung oleh wawancara dengan kuesioner terstruktur maupun wawancara mendalam dengan pengambil kebijakan yaitu KASI KESGA Dinkes Banjar, pengelola program yaitu kepala puskesmas, bidan KIA, dan bidan desa. Penelitian bersifat deskriptif analitik dengan cara menyajikan data secara jelas dan terstruktur sehingga mudah dipahami untuk kemudian dianalisis, direduksi, dan diambil kesimpulan serta verifikasi.

### **Hasil Penelitian**

Puskesmas Astambul merupakan satu dari 24 puskesmas di Kabupaten Banjar yang memiliki tenaga bidan terbanyak dan merupakan puskesmas pemenang program Gerakan Sayang Ibu sebagai implementasi program *Safe Motherhood* di Kabupaten Banjar pada tahun 2001. Puskesmas ini memang belum melaksanakan program PONEB, yang merupakan salah satu pesan kunci MPS. Satu-satunya puskesmas yang telah melaksanakan PONEB yaitu Puskesmas Kertak Hanyar yang

berlokasi di perbatasan Kabupaten Banjar dengan Kotamadya Banjarmasin dengan hanya memiliki 13 bidan, sehingga akses untuk rujukan primer gawat darurat obstetri dari puskesmas, polindes, dan bidan desa dari wilayah kecamatan lain di Kabupaten Banjar sangat sulit, karena letaknya jauh, sarana transportasi terbatas, dan biaya menjadi lebih mahal. Maka, penulis memutuskan memilih Puskesmas Astambul sebagai populasi penelitian dan menganalisis kondisi manajemen pelayanan KIA sebagai initiative pelaksanaan program MPS. Tempat pelayanan responden dalam penelitian ini adalah puskesmas 15,4%, polindes 30,8% dan rumah bidan 53,8%. Distribusi responden menurut umur meliputi golongan usia produktif 20-30 tahun sebanyak 53,8% dan usia 31-40 tahun sebanyak 46,2%. Jumlah subjek berusia produktif yang cukup besar mengharapkan bidan responden penelitian ini dapat diajak meningkatkan kemampuannya dalam manajemen pelayanan persalinan aman. Temuan hasil observasi, wawancara, dan analisis deskriptif responden mengenai pelaksanaan manajemen KIA menuju persalinan aman adalah sebagai berikut:

## **Kualitas Pelayanan Aman**

### **a. Pencapaian Indikator MPS dalam manajemen pelayanan KIA**

- a.1. Tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan kegawat daruratan obstetri dan neonatal Puskesmas Astambul dengan 22 desa di wilayah kerjanya dan memiliki 19 bidan dan 22 dukun bayi belum mampu menerapkan PONEB, namun sebagian besar bidan yaitu 76,9% dalam wilayah kerjanya sudah mendapatkan pelatihan LSS (PPGD). Kabupaten Banjar hanya memiliki 1 puskesmas dengan PONEB yaitu Puskesmas Kertak Hanyar, yang letaknya di perbatasan kabupaten banjar dan Kotamadia Banjar sehingga akses geografisnya kurang tepat. Menurut strategi MPS, seharusnya sekurang-kurangnya 4 fasilitas PONEB perlu dikembangkan di tiap kabupaten dan direkomendasikan di daerah terpencil puskesmas tanpa tempat tidur untuk dapat melaksanakan PONEB. Oleh karena itu, dokter dan bidan puskesmas Astambul sebaiknya diberi pelatihan agar mempunyai keterampilan dalam memberikan pelayanan PONEB yang berkualitas dan perawatan bayi baru lahir.
- a.2. Penurunan kejadian kehamilan tidak diinginkan dan kejadian unsafe abortion.

Temuan data kohort di Puskesmas Astambul pada tahun 2005 menunjukkan terdapat 7 kejadian abortus, 1 diantaranya terjadi pada trimester kedua. Namun data yang ditemukan ini tidak lengkap, tidak dijelaskan tentang penyebab dan penanganan yang telah dilakukan (oleh siapa, apakah dirujuk, ada komplikasi tidak), serta faktor risiko yang ditemukan pada pemeriksaan

antenatalnya (ANC). Sekali lagi hal ini mendukung temuan bahwa sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas sangat kurang, dan belum berfungsinya PWS-KIA sebagai alat pemantau manajemen dalam pengelolaan program KIA.

- a.3. Peningkatan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Kegiatan K4 tahun 2003 cenderung terjadi penurunan dari target sekitar 2,5%, tahun 2004 meningkat sekitar 11,4% dan tahun 2005 meningkat namun tidak terlalu tinggi hanya sekitar 1%. Hal ini menunjukkan proses kesinambungan pelayanan antenatal yang belum memenuhi standar pelayanan antenatal ibu hamil, kurang aktifnya peran bidan sebagai provider pelayanan antenatal, serta program KIE (konseling, informatif, dan edukasi) kepada masyarakat tentang pelayanan antenatal belum mencapai target yang diharapkan.

- a.4. Peningkatan cakupan penanganan komplikasi.

Temuan di lapangan selama periode Januari sampai Maret tahun 2005 tercatat 15 kasus komplikasi dan hanya 4 diantaranya yang mendapat pertolongan secara adekuat. Karena temuan data yang didapatkan dari laporan PWS-KIA dan register Puskesmas yang tidak lengkap maka data ini tidak bisa dianalisis lebih lanjut. Hal ini membuktikan bahwa sistem surveillans dan sistem pencatatan pelaporan di Puskesmas Astambul masih kurang memadai sehingga menyulitkan proses monitoring dan perencanaan lebih lanjut.

- a.5. Penurunan kejadian kematian ibu, kematian neonatal, dan kejadian lahir mati

Data kematian ibu, neonatal, dan kejadian lahir mati tahun 2005 beserta penyebabnya dapat dilihat pada Tabel 24.

**Tabel 3. Kematian Ibu, Bayi, dan Penyebab Kematian Tahun 2005**

	Jumlah	Penyebab
<b>Kematian Ibu</b>	1	Perdarahan karena retensi plasenta, ditolong oleh dukun terlatih di desa Limamar
<b>Kematian neonatal dan lahir mati</b>	3	1 asfiksia, 1 immaturitas, 1 lahir mati (kelainan kongenital).

a.6. Angka persalinan dengan tindakan bedah atau Seksio sesarea, forseps, dan vakum ekstraksi)

Temuan data di puskesmas menunjukkan bahwa terdapat 13 persalinan dengan tindakan bedah sesar sepanjang tahun 2005. Selain itu didapatkan pula persalinan dengan VE sebanyak 2 kasus dan 1 kasus partus lama.

**b. Kendali Mutu Pelayanan KIA**

Hasil observasi dan wawancara yang dilakukan dengan responden didapatkan bahwa kesadaran responden untuk melakukan pelayanan sesuai standar profesi kebidanan sudah cukup baik.

1. Manajemen / Pengelolaan Pelayanan KIA

Kegiatan cakupan pelayanan KIA, berdasarkan data pada PWS-KIA selama tahun 2003 sampai tahun 2005 adalah sebagai berikut:

**Tabel 4. Cakupan Pelayanan KIA Puskesmas Astambul**

NO	URAIAN	2003			2004			2005		
		Sasaran	Target	Realisasi	Sasaran	Target	Realisasi	Sasaran	Target	Realisasi
1	K1	832	95%	98,88%	881	90%	94,9%	846	95%	104%
2	K4	832	90%	87,50%	881	80%	91,4%	846	90%	91%
3	Bumil Resti Nakes	832	25%	18,27%	881	25%	14,4%	846	25%	15,4%
4	Bumil Resti masyarakat	832	20%	6,25%	881	20%	6,8%	846	20%	5,2%
5	Persalinan Nakes	794	90%	89,8%	848	80%	90,7%	822	90%	93,6%
6	Kunjungan Neonatus	757	90%	96,6%	815	90%	98%	769	90%	102,2%

Kegiatan K1 dari tahun 2003 sampai tahun 2005 memperlihatkan peningkatan yang tinggi dari target sarannya, dengan rata-rata 3,88 sampai 9%. Hal ini berarti bahwa aksesibilitas ibu baru hamil terhadap pelayanan antenatal di wilayah Puskesmas Astambul sudah melampaui target yang direncanakan, sesuai dengan strategi pelayanan MPS yaitu ibu hamil harus mendapatkan akses pelayanan yang berkualitas menuju persalinan aman. Hasil wawancara dengan bidan mendukung data

tersebut bahwa peningkatan ini juga tidak terlepas dari peran aktif bidan dalam menjalankan kerjasama dengan dukun bayi. Namun, dari hasil wawancara salah satu bidan desa masih mendapatkan fakta bahwa kesadaran ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya sesuai standar minimal 1 kali pada trimester pertama masih kurang karena faktor kebiasaan dan minimnya pengetahuan.

Hasil Resti Bumil Nakes menunjukkan tahun 2003 cenderung terjadi penurunan dari target 6,73%. Pada tahun 2004 terjadi penurunan 11,6% dan tahun 2005, 9,6%. Hal ini memperlihatkan bahwa kegiatan Resti Bumil Nakes yang ditargetkan belum tercapai. Hasil observasi lapangan menunjukkan bahwa kemampuan tenaga kesehatan khususnya bidan dalam mendeteksi komplikasi atau risiko tinggi obstetri masih sangat terbatas karena kurangnya bekal pengetahuan dan pelatihan yang diikutinya, disamping sistem pencatatan dan PWS-KIA yang belum baik. Hasil Resti Bumil Masyarakat tahun 2003 cenderung terjadi penurunan dari target sekitar 13,75%. Tahun 2004 terjadi penurunan 13,2%, dan tahun 2005 terjadi penurunan 4,8%. Hal ini memperlihatkan bahwa kegiatan Resti Bumil Masyarakat yang ditargetkan belum tercapai.

Jumlah cakupan Resti Bumil tertinggi oleh nakes dan masyarakat ini mengindikasikan bahwa masih ada ibu hamil risiko tinggi tidak terdeteksi dan kemungkinan dapat menyebabkan kematian maternal. Indikasi ini mungkin disebabkan oleh pengetahuan dan kemampuan nakes dalam mendeteksi risti bumil dan kehamilan bermasalah masih kurang, sistem pencatatan dan pelaporan (KIA) yang belum tepat, dan cara penyampaian KIE kesehatan ibu dan anak belum sesuai dengan keadaan masyarakat. Kegiatan Persalinan Nakes tahun 2003 cenderung menurun dari target 0,2%. Tahun 2004 meningkat sebesar 10,7% dan tahun 2005 meningkat hanya sekitar 3,6%. Walaupun cakupan kegiatan persalinan oleh nakes di wilayah kerja Puskesmas Astambul telah mampu melampaui target Depkes dan sudah melebihi 85% dari target sasaran berdasar pendekatan MPS, namun hasil wawancara salah satu responden menunjukkan pelayanan bidan menolong persalinan belum maksimal karena masih ada masyarakat yang lebih percaya pada dukun terutama karena faktor ekonomi.

Kunjungan Neonatal (KN) tahun 2003 cenderung naik dari target sekitar 6,96%, kemudian tahun 2004 meningkat sekitar 8% dan tahun 2005 meningkat sekitar 12,2%. Data yang ada tersebut masih kurang valid, hal tersebut dapat dilihat dari cakupan KN untuk tahun 2005 yang melebihi 100%. Data kurang valid bisa disebabkan karena kesalahan pencatatan atau kesalahan penghitungan. Bila dibandingkan, cakupan Kunjungan Neonatus lebih besar dari cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan. Kejadian ini menunjukkan bahwa bidan harus lebih proaktif mendatangi atau mengunjungi neonatal meskipun persalinannya dilakukan oleh dukun. Hal ini juga berarti bahwa masih cukup banyak persalinan yang

tidak dilayani oleh bidan. Padahal dalam pesan kunci MPS, setiap ibu hamil harus mendapatkan pelayanan persalinan dari tenaga yang terlatih.

Hasil wawancara dengan beberapa bidan desa tentang pengawasan dari puskesmas melalui bidan koordinator KIA menggambarkan bahwa pengawasan tersebut tidak ada. Selama ini, bidan desa aktif datang ke puskesmas untuk berkonsultasi, menyampaikan laporan, sekaligus mengisi administrasi yang ada di Puskesmas, misalnya kohort ibu, bayi, dan balita di Puskesmas. Umpan balik pihak Puskesmas diberikan melalui Mini Lokakarya Puskesmas sebulan sekali untuk membahas hasil PWS Desa, terkadang dihadiri pula oleh pihak Dinas Kesehatan. Sementara itu, temuan dari wawancara dengan Kepala Sub Bagian Kesehatan Keluarga Dinkes Kabupaten Banjar menyatakan bahwa supervisi dari pemerintah dalam hal ini Dinas Kesehatan dilakukan setahun sekali, itupun dengan kunjungan ke puskesmas saja untuk melihat laporan sekaligus memberikan umpan balik dari mengenai pelaksanaan KIA di Puskesmas.

## 2. Sumber Daya Manusia

### a. Jumlah Tenaga Penolong Persalinan

Kecamatan Astambul memiliki 19 bidan (3 orang bertugas di puskesmas dan 16 orang merupakan bidan desa). Selain itu pula didapatkan 22 orang dukun bayi yang ada di kecamatan Astambul. Terdapat 5 desa yang tidak memiliki bidan desa atau polindes. Namun, penyebaran tenaga bidan di kecamatan Astambul tidak merata, kebanyakan bidan terkonsentrasi di desa dekat ibukota kecamatan.

### b. Data Pendidikan dan Pelatihan SDM

**Tabel 5. Pendidikan dan Pelatihan yang Diikuti Responden**

No.	Pertanyaan	Pernah		Tidak Pernah	
		f	%	F	%
1.	Apakah anda pernah mengikuti pelatihan SP2TP (Sistem Pencatatan dan Pelaporan Tingkat Puskesmas)?	0	0	13	100
2.	Apakah anda pernah mengikuti pelatihan "Quality Assurance"?	0	0	13	100
3.	Apakah anda pernah mengikuti pelatihan tentang standar pelayanan kebidanan.	2	15,4	11	84,6
4.	Apakah anda pernah mengikuti pelatihan penggunaan buku KIA?	1	7,7	12	92,3
5.	Apakah anda pernah mengikuti pelatihan asuhan persalinan normal (APN)?	2	15,4	11	84,6
6.	Komunikasi Interpersonal dan Konseling	1	7,7	12	92,3
7.	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)	1	7,7	12	92,3
8.	Life Saving Skill (LSS)	10	76,9	3	23,1

9.	Tugas Fungsional (TF Bides)	7	53,8	6	46,1
10.	Metode Kontrasepsi Efektif Terpilih (MKET)	2	15,4	11	84,6
11.	DSS	1	7,7	12	92,3
12.	Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	1	7,7	12	92,3

Seluruh responden belum pernah mengikuti pelatihan SP2TP (Sistem Pencatatan dan Pelaporan Tingkat Puskesmas) dan hanya 1 orang (7,7%) yang pernah mengikuti pelatihan penggunaan buku KIA. Responden yang belum pernah mengikuti pelatihan tentunya tidak memiliki keterampilan dalam mengisi form PWS-KIA, padahal PWS-KIA ini merupakan alat pantau cakupan pelayanan KIA. Akibatnya ketersediaan dan kualitas data kurang memberikan informasi tepat untuk digunakan sebagai dasar perencanaan dan manajemen program lebih lanjut. Data lain yang mendukung adalah informasi dan pelaporan bidan desa atau dukun tidak sinkron dengan pencatatan dan pelaporan di tingkat puskesmas. Seperti data kematian perinatal yang tidak tercatat di data kohort bayi bulan April 2005 sampai 2006. Selain itu, sistem surveilen kesehatan ibu dan anak tidak berjalan sebagaimana mestinya, dukun dan bidan desa tidak memiliki laporan persalinan sendiri, pada umumnya mereka hanya memberikan pelaporan langsung ke puskesmas. Seluruh responden juga belum pernah mengikuti pelatihan jaminan mutu (QA). Padahal pelatihan ini berguna sekali mengingat pelatihan jaminan mutu termasuk salah satu kegiatan MPS dalam strategi peningkatan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berkualitas berdasar bukti ilmiah (strategi 1) termasuk Audit Maternal Perinatal. Dari 13 bidan hanya 2 bidan atau 15,4% yang pernah mengikuti pelatihan standar pelayanan kebidanan. Sesuai strategi MPS pertama, pelatihan ini penting untuk setiap pelaksana pelayanan kebidanan agar bidan dapat mencapai kompetensi sesuai standar sehingga dapat memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas, memberikan kepercayaan kepada masyarakat, sehingga bidan maupun masyarakat dapat terlindungi dengan adanya standar ini.

Pelatihan APN merupakan pelatihan mutlak bagi bidan. Namun data menunjukkan dari 13 bidan hanya 2 orang atau 15,4% yang mengikuti pelatihan ini. Pelatihan keterampilan menyelamatkan jiwa atau *Life Saving Skills* atau LSS sekarang telah diganti PONED. Dalam pesan kunci MPS dimana setiap komplikasi obstetri dan neonatal harus mendapat pelayanan yang adekuat. Salah satu strategi adalah bidan yang kompeten dan terampil tersedia dalam penanganan kegawat daruratan obstetrik. Maka setiap bidan harus dapat bertugas untuk mendeteksi dini keadaan kegawatdaruratan, misalnya memberi pertolongan pertama kedaruratan seperti mencegah syok, mengatasi perdarahan pasca persalinan, atau hal lain yang dianggap perlu dan diwajibkan segera merujuk untuk

mendapatkan perawatan lanjut. Dari 13 bidan didapatkan 30,8% atau 10 orang di Kecamatan Astambul yang telah mengikuti pelatihan ini. Diharapkan, setiap bidan siap menghadapi kegawat daruratan obstetrik dan neonatal dalam upaya menurunkan AKI dan AKB di Kecamatan Astambul. Hasil wawancara salah satu bidan responden juga mendukung manfaat pelatihan LSS. Secara garis besar, bidan di kecamatan Astambul belum cukup memiliki bekal pelatihan untuk kompetensi dan keterampilannya. Hal ini disebabkan karena tidak adanya pelatihan berkala yang diadakan oleh dinas kesehatan, sementara pelatihan langsung hanya diberikan di I tingkat Puskesmas sehingga bidan desa biasanya mendapatkan pelatihan dari puskesmas. Para bidan sangat minim kesempatan untuk mengikuti pelatihan, apalagi yang dibiayai oleh instansi. Kalaupun pernah ikut pelatihan biasanya atas biaya pribadi, juga seminar-seminar.

### c. Manajemen KIA dan Keterampilan SDM

**Tabel 6. Manajemen KIA dan Keterampilan SDM**

No.	Pertanyaan	Ya		Tidak	
		f	%	f	%
1.	Ketika menghadapi kasus persalinan bermasalah, saya butuh bantuan rekan lain iuntuk memutuskan tindakan apa yang harus saya ambil	7	53,8	6	46,2
2.	Saya selesaikan sendiri proses persalinan yang saya tangani, termasuk persalinan abnormal	1	7,7	12	92,3
3.	Kemampuan saya menolong persalinan perlu ditingkatkan, karena saya masih menemui kesulitan ketika menghadapi persalinan berkomplikasi	11	84,6	2	15,4
4.	Saya bisa memperkirakan apakah kehamilan pasien saya bermasalah atau tidak dengan pemeriksaan yang saya lakukan	12	92,3	1	7,7
5.	Setelah membantu melahirkan dengan selamat, tugas selanjutnya saya serahkan kepada asisten bidan/rekan lain	0	0	13	100
6.	Kepada setiap pasien yang datang memeriksakan kehamilannya, saya sampaikan informasi tentang bagaimana merawat bayi dalam kandungan, agar bisa lahir sehat dan selamat	13	100	0	0
7.	Peralatan bantu persalinan yang semakin canggih ini membuat saya menemui kesulitan untuk mengoperasikannya/memilihnya	8	61,5	5	38,5
8.	Berdasarkan pengalaman membantu menolong persalinan, saya memiliki strategi tersendiri guna mengatasi kasus-kasus persalinan bermasalah	11	84,6	2	15,4

9..	Ketika menghadapi pasien yang panik karena belum punya pengalaman melahirkan, saya juga ikut gugup	0	0	13	100
10.	Selama masa observasi setelah melahirkan, saya pantau kondisi ibu melahirkan dengan mengecek perubahan kondisi fisiknya	12	92,3	1	7,7

Hasil observasi manajemen KIA ketrampilan (SDM) ditemukan bahwa bidan responden telah memiliki tanggung jawab yang besar dalam memberikan asuhan persalinan paripurna, hal ini nampak dari pertanyaan no 6 dimana semua bidan (100%) telah memberikan informasi tentang perawatan bayi dalam kandungan agar bayi lahir dengan selamat, kemudian pertanyaan no 5 dimana semua bidan (100%) tidak menyerahkan tugasnya ke asisten atau rekan lain setelah membantu melahirkan dengan selamat, juga pertanyaan no 10 dimana 12 dari 13 bidan (92,3%) selalu memantau kondisi ibu melahirkan dengan mengecek perubahan kondisi fisiknya. Hal ini selaras dengan upaya akselerasi penurunan AKI dimana dari survey dan penelitian membuktikan bahwa sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa nifas dini. Dan sesuai pula dengan tugas dan wewenang bidan menurut Permenkes No 623 tahun 1989. Mengingat tanggung jawab bidan bukan hanya saat ANC, atau membantu persalinan dengan selamat saja namun sampai pada pengawasan post partum dan masa nifas dini.

Secara umum kemampuan responden dalam menghadapi persalinan bermasalah atau komplikasi termasuk pengambilan keputusan masih perlu ditingkatkan. Jawaban pertanyaan no 1 dimana 7 dari 13 responden (53,8%) membutuhkan bantuan rekan lain untuk memutuskan tindakan yang diambil dalam menghadapi persalinan bermasalah, dan hanya 1 dari 13 responden (7,7%) yang berani menyelesaikan sendiri proses persalinan yang ditangani, termasuk persalinan abnormal. Hal ini selaras dengan data pendidikan dan pelatihan responden dimana hampir semua responden belum mengikuti pelatihan asuhan persalinan normal (84,6%). Padahal dengan mengikuti pelatihan ini, bidan dapat terampil memberikan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit serta rujukan berkualitas dan sesuai dengan prosedur standar. Hasil wawancara lain yang mendukung adalah 7 responden yang membutuhkan bantuan dari rekan lain sebagian besar berada di daerah perkotaan sehingga akses komunikasi dan transportasi sangat memadai. Namun bidan yang berada di daerah terpencil cenderung tidak melakukannya karena keterbatasan akses komunikasi. Maka pembekalan pelatihan sebaiknya diwajibkan dan difasilitasi oleh pengelola program MPS dengan sasaran utama bidan desa yang berada di daerah terpencil.

Bekal pengalaman dan keterampilan dari pelatihan yang pernah diperoleh termasuk pelatihan LSS membuat responden yakin dapat memperkirakan kehamilan pasien bermasalah atau tidak dengan pemeriksaan yang ia

lakukan, hal ini dapat dilihat dari jawaban no 4 dimana hanya 1 bidan (7,7%) yang merasa tidak mampu melakukan deteksi dini kehamilan bermasalah. Data ini didukung hasil wawancara yang menunjukkan jawaban responden tidak peduli akan hal ini. Selain itu para responden telah memiliki mental yang kuat dalam menghadapi pasien yang panik dan strategi khusus untuk mengatasi kasus persalinan bermasalah, dilihat dari jawaban no 8 dan no 9. Hanya 2 orang bidan yang belum merasa cukup pengalaman untuk mengatasi kasus persalinan bermasalah, tetapi 100% responden mengaku memiliki cukup mental untuk menolong persalinan termasuk menghadapi pasien yang panik. Kesadaran responden secara umum untuk mengembangkan keterampilan dan meningkatkan kemampuannya cukup baik, dilihat dari jawaban no 3 dimana hanya 2 bidan (15,4%) yang tidak merasa perlu meningkatkan kompetensinya, terutama dalam menghadapi persalinan dengan komplikasi. Selain itu, dalam pelaksanaan MPS akan diciptakan mekanisme untuk memelihara dan memutakhirkan keterampilan dan pengetahuan esensial yang diperlukan dalam praktek sehari-hari dibidang kebidanan mengingat kemampuan bidan dalam penggunaan peralatan bantu persalinan yang semakin canggih masih kurang. Hal ini didukung oleh temuan observasi pada jawaban pertanyaan no 7 dimana 8 bidan (61,5%) merasa kesulitan mengoperasikan peralatan bantu persalinan.

### **3. Fasilitas Pelayanan Persalinan**

Fasilitas pelayanan KIA di Puskesmas Astambul masih kurang memadai jika dibandingkan dengan standar peralatan esensial untuk pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Namun dari hasil wawancara bidan puskesmas mereka sudah merasa cukup terbantu dengan fasilitas yang ada untuk pertolongan persalinan normal. Fasilitas yang dimiliki oleh Bidan Polindes dianalisis dibandingkan dengan standar yang terdapat pada Permenkes No 363 tahun 1980. Dari 4 bidan Polindes yang menjadi responden penelitian, didapatkan data bahwa 100% responden tidak memiliki peralatan untuk reparasi vagina atau serviks, peralatan transfusi darah, dan ruang perawatan ibu. Sedangkan fasilitas penting lain seperti kamar bersalin khusus dan peralatan pemasangan dan pencabutan AKDR hanya dimiliki 1 dari 4 bidan, peralatan resusitasi dan sterilisasi hanya dimiliki 2 dari 4 bidan (50%). Bantuan Polindes Kit dari Dinas Kesehatan berupa bidan Kit (partus set, tensi air raksa, dan pemeriksaan Hb, urine) ditambah sterilisator, O<sub>2</sub>, dan perlengkapan resusitasi hanya diberikan pada 2 dari 4 polindes (50%). Keluhan lain yang ditemukan dari hasil wawancara adalah peralatan untuk persalinan gawat darurat dan resusitasi.

Data peralatan Bidan Desa yang menjalankan praktek perorangan dengan pelayanan pemeriksaan, pertolongan persalinan, dan perawatan dibandingkan dengan persyaratan standar perlengkapan medis berdasarkan Permenkes RI Nomor: 363/Men Kes/Perc/IX/1980. Fasilitas

penting yang belum dimiliki oleh 7 responden bidan desa (100%) adalah peralatan reparasi vagina atau serviks, ruang khusus perawatan ibu. Sedangkan peralatan resusitasi hanya dimiliki 1 dari 7 bidan desa, perlengkapan sterilisasi 2 dari 7 bidan desa, dan obat-obatan yang berkaitan dengan persalinan hanya dimiliki oleh 4 dari 7 bidan desa. Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar telah memberikan bantuan Bidan Kit untuk semua bidan desa di wilayah Kecamatan Astambul terdiri dari partus set, tensimeter, dan pemeriksaan sederhana Hb dan urin. Didapatkan juga data bahwa 3 dari 7 bidan desa tidak memiliki sarana transportasi yang sewaktu-waktu dapat digunakan untuk merujuk pasien.

#### 4. Kemitraan

Hasil observasi dilihat dari faktor kemitraan ditemukan bahwa kerjasama bidan dengan dokter, rumah sakit, dinas kesehatan, Askes, PMI, dan lain-lain sudah cukup memadai yaitu sekitar 92,3% dan dengan pemerintah daerah sebesar 69,2%. Bahkan pentingnya kerjasama antara bidan responden dengan dukun bayi, keluarga, dan tokoh masyarakat sudah disadari yakni semua bidan responden (13 orang, 100%) menyatakan sudah menjalin kemitraan dengan pihak-pihak tersebut. Sedangkan yang masih dirasa kurang adalah kerjasama dengan apotik masih sekitar 38,5% dan swasta hanya sekitar 15,4%. Kerjasama dengan dukun bayi pada umumnya cukup baik, meskipun kadang-kadang ada juga dukun bayi yang sulit diajak bekerjasama karena khawatir perannya tergusur oleh bidan. Bagi dukun bayi yang bersedia diajak kerjasama, mereka akan merujuk pasien ke bidan bila menemui persalinan bermasalah, di sisi lain bidan pun bersedia berbagi pengetahuan cara membantu melahirkan yang aman dan higienis. Kerjasama dengan keluarga dan masyarakat meliputi KIE pemberian dukungan pada ibu selama kehamilan, persalinan, dan nifas serta perawatan bayi baru lahir, partisipasi suami dalam penerimaan KB, mendorong suami dan keluarga mempersiapkan dana untuk persiapan ibu bersalin dan persiapan pelayanan gawat darurat jika sewaktu-waktu dibutuhkan. Kemudian jika dihubungkan dengan program GSI di hampir semua desa sudah tidak memiliki tabulin.

Hasil wawancara menunjukkan kurangnya kerjasama antara bidan desa dengan dinas kesehatan setempat disebabkan tidak adanya pertemuan berkala dan pembinaan langsung oleh dinas kesehatan. Pembinaan dinas kesehatan secara langsung melalui kunjungan konsultasi bidan puskesmas ke dinas kesehatan dengan membawa buku harian isinya kegiatan bidan desa dalam 1 bulan, dan pencapaian kegiatan KIA yang ada di desa tersebut. Sedang pembinaan rutin bidan desa hanya didapatkan dari puskesmas setiap bulan. Berdasarkan hasil wawancara kerjasama antara bidan dengan pihak terkait terutama dengan ASKES, PMI dilaksanakan secara tidak langsung. Kerjasama dengan PMI dalam peningkatan penyediaan darah di semua fasilitas kesehatan dengan fokus pada daerah terpencil dan memantau kualitas pelayanan

bank darah, sedangkan kerjasama dengan ASKES dalam hal pembiayaan persalinan termasuk pembiayaan pelayanan obstetri gawat darurat obstetri khususnya bagi warga yang kurang mampu melalui ASKES GAKIN.

### **Kesimpulan**

Meskipun perencanaan program KIA di Puskesmas Astambul sudah melampaui target sasaran yang ditetapkan secara kuantitas namun dalam pelaksanaan *Initiative* MPS secara kualitas menunjukkan manajemen pengelola program, pelayanan aktif, dan upaya KIE belum memadai dan perlu upaya peningkatan. Puskesmas Astambul sebaiknya dapat melaksanakan program PONEB di 22 desa karena memiliki bidan desa yang menguasai PPGD, serta akses transportasi cukup memadai. Kerjasama dengan tokoh masyarakat sangat baik terutama ketika menghimbau kepada ibu hamil dan keluarganya agar bersedia dirujuk ke Rumah Sakit bila persalinan sulit, penyediaan ambulans, serta donor darah. Kerjasama dengan dukun bayi cukup baik, meskipun kadang-kadang ada juga dukun bayi yang sulit diajak bekerjasama karena khawatir perannya tergusur oleh bidan. Disisi lain bidan pun bersedia berbagi pengetahuan cara membantu melahirkan yang aman dan higienis.

### **Saran**

Upaya meningkatkan cakupan pelayanan pertolongan persalinan yang aman dengan mempertimbangkan kondisi manajemen KIA saat ini, maka Puskesmas Astambul perlu menekankan prioritas kegiatan peningkatan kompetensi bidan terutama pelayanan persalinan dan deteksi dini kehamilan risti dan komplikasi persalinan. Selain itu, penting untuk melengkapi fasilitas bidan termasuk fasilitas persalinan dan pelayanan gawat darurat serta fasilitas rujukan. Peningkatan kemitraan terutama dengan dukun bayi dan keluarga dapat juga dijadikan fokus puskesmas dengan tujuan membentuk dana keluarga dan masyarakat. Kegiatan jaminan mutu pelayanan termasuk revitalisasi sistem pencatatan dan pelaporan, monitor dan supervisi, serta audit maternal-perinatal di puskesmas juga hendaknya disesuaikan dengan kemampuan puskesmas.

## Daftar Pustaka

- <sup>1</sup>Departemen Kesehatan RI, 2000, *Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2000 – 2010*, Tim Penyusun Rancangan Kebijakan Pengembangan tenaga Kesehatan, Sub Tim Pelaksana Depkes RI, Jakarta.
- <sup>2</sup>Departemen Kesehatan RI, 2001, *Rencana Strategi Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*, Tim Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Depkes RI, Jakarta.
- <sup>3</sup>Saifudin, A.B., 2003, *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta
- <sup>4</sup>Admawaty, 2002, *Perbandingan Kinerja Pelayanan KIA dalam Pelaksanaan Antenatal antara Puskesmas yang Cakupannya Rendah di Kabupaten Barito Utara*, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta
- <sup>5</sup>Profil Kesehatan Propinsi Kalimantan Selatan, 2003, Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Selatan.