

PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL DALAM AKSELERASI PENURUNAN *MATERNAL MORTALITY*

Luluk Hidayah^{1✉}, Oktia Woro Kasmini Handayani², Dyah Rini Indriyanti²

¹ Prodi D3 Kebidanan, Akademi Kebidanan Islam Al-Hikmah Jepara, Indonesia.

² Prodi Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana, Universitas Negeri Semarang, Indonesia.

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima 5 April 2016

Disetujui 19 Mei 2016

Dipublikasikan 2 Juni

2016

Keywords:

maternal health services;

maternal mortality

Abstrak

Maternal mortality merupakan indikator utama kesehatan. *Maternal mortality* di Indonesia masih jauh dari target MDGs tahun 2015, yaitu 102/100.000 KH. Pelayanan kesehatan berkelanjutan merupakan pendekatan penting untuk mengurangi kematian ibu. Tujuan penelitian untuk menganalisis pelayanan kesehatan maternal dalam akselerasi penurunan *maternal mortality* di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II. Jenis penelitian kualitatif, difokuskan pada pelayanan kehamilan, persalinan dan nifas. Informan penelitian ditentukan dengan teknik *purposive sampling* dan *snowball sampling*. Teknik pengambilan data dengan wawancara mendalam. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk narasi. Aspek input pelayanan kesehatan maternal meliputi SDM, sumberdana, sarana prasarana, dan SOP tersediadenganbaik. Proses pelayanan kesehatan maternal sudah sesuai standar pelayanan kebidanan, namun output belum optimal karena ada kesenjangan antara cakupan K1 dan K4. Supervisi, bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan maternal dilakukan secara rutin oleh bidan koordinator. Perlu optimalisasi kemitraan dengan berbagai pihak dalam upaya akselerasi penurunan *maternal mortality*.

Abstract

Maternal mortality is a key indicator of health. Maternal mortality in Indonesia is still far from the target of the Millennium Development Goals by 2015, that is 102/100.000 live birth. Sustainable health care is an important approach to reducing maternal deaths. Purpose of the research was to analyzed the maternal health services to acceleration of decline maternal mortality in Public Health Center of Karanganyar II. The research was a qualitative study, was focused on pregnancy, delivery and post-partum. Informant determined by purposive sampling and snowball sampling technique. Data collection technique was in-depth interviews. Data analysis was done descriptively and presented in narrative form. Aspects input of maternal health services include human resources, financial resources, infrastructure, and standard operating procedure have provided well. Maternal health care process has been standardized midwifery services, but the output was not optimal because there was a gap between K1 and K4 coverage. Supervision, technical guidance, monitoring and evaluation of maternal health services has been done routinely by the coordinator of the midwife. Need to optimize partnerships with various parties in an effort to accelerate a decrease in maternal mortality.

© 2016 Universitas Negeri Semarang

✉ Alamat korespondensi:

JL Raya Jepara Kudus, KM.24, Jepara, Kabupaten Jepara, Jawa

Tengah 59465E-mail: l2k.hidayah@gmail.com

p-ISSN 2528-5998

e-ISSN 2540-7945

PENDAHULUAN

Maternal mortality atau Angka Kematian ibu (AKI) adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan (Alkema et al., 2015; Yadav, 2012). *Maternal mortality* mengindikasikan kemampuan dan kualitas pelayanan kesehatan, kapasitas pelayanan kesehatan, kualitas pendidikan dan pengetahuan masyarakat, kualitas kesehatan lingkungan, sosial budaya serta hambatan dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan (Gusna, Sulaini, & Bachtiar, 2016).

Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, menunjukkan *maternal mortality* di Indonesia meningkat signifikan yaitu 359/100.000 KH (Kemenkes RI, 2013b). Pencapaian tersebut masih jauh tertinggal dari target *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015, yaitu 102/100.000 KH (Stalker, 2008). Pada tahun 2014, AKI di Jawa Tengah sebesar 126,55/100.000 KH (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2015). Kabupaten Demak menyumbang 17 kasus kematian ibu (Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, 2015).

Sejak tahun 1990 – 2012, pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya strategis untuk menekan AKI. Keberlangsungan pelayanan (*continuum of care*) maternal yaitu pelayanan dari masa kehamilan, persalinan dan nifas diperlukan sebagai upaya mengurangi kematian ibu. Kesenjangan yang terjadi kunjungan kehamilan meningkat tetapi kelahiran di fasilitas pelayanan kesehatan hanya 36,8%, cakupan kunjungan dan persalinan oleh tenaga kesehatan tinggi namun tidak memadai, fasilitas dan tenaga kesehatan kurang memadai (Kemenkes RI, 2013a).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Demak tahun 2014, menunjukkan bahwa sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa nifas dan usia reproduktif (20-34 tahun). Berdasarkan cakupan pelayanan kesehatan maternal, Cakupan kunjungan ibu hamil K4 di

Kabupaten Demak adalah 98,42%. Cakupan petolongan persalinan oleh tenaga kesehatan 100%, sedangkan cakupan kunjungan nifas hanya 99,93% dari total jumlah persalinan. Pelayanan ibu hamil tidak mencapai 100 % karena adanya kematian ibu nifas sebanyak 11 kasus atau 0,07%. Puskesmas Karanganyar II dengan cakupan K4 rendah (88,27%) dan cakupan kunjungan nifas rendah (99,55%), serta terjadi kematian ibu terbanyak (3 kasus) pada tahun 2014 (Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, 2015). Cakupan K4 tidak mencapai target Standar Pelayanan Minimal (95%), menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil masih rendah.

Hasil wawancara dengan Kepala Seksi Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, menyatakan bahwa kematian ibu sebagian besar disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas (preeklampsia). Pemeriksaan antenatal merupakan faktor risiko terjadinya preeklampsia pada ibu hamil (Saraswati & Mardiana, 2016). Sebagian komplikasi obstetri dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah jika terdeteksi secara dini, segera mendapat pertolongan tenaga kesehatan dan mendapat penanganan yang sesuai prosedur.

Penelitian bertujuan mendapatkan informasi mengenai pelayanan kesehatan maternal dalam akselerasi penurunan *maternal mortality* di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II.

METODE

Jenis penelitian adalah deskriptif kualitatif yang difokuskan pada aspek input, proses dan output dari pelayanan kehamilan. Pemilihan desain studi kualitatif dikarenakan hasil penelitian tidak untuk digeneralisasikan, data yang akan dihasilkan hanya berupa data kualitatif yang didukung data kuantitatif. Aspek input pelayanan kehamilan meliputi Sumber Daya Manusia (SDM), dana, sarana prasarana, dan *Standard Operating Procedure* (SOP), proses pelayanan kehamilan, supervisi, bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi, dan output pelayanan kehamilan yang dilihat dari cakupan K1 dan cakupan K4.. Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II

Kabupaten Demak. Pengumpulan data dilakukan pada bulan April – Mei 2016.

Informan awal sejumlah 4 orang yang ditentukan dengan teknik *purposive sampling*, kemudian dikembangkan dengan teknik *snowball sampling* untuk menentukan informan selanjutnya dengan pertimbangan akan memberikan data yang lebih lengkap dan sampai memperoleh informasi yang berarti (Sugiyono, 2014). Jumlah informan akhir adalah 9 orang, yang terdiri dari kepala puskesmas, bidan koordinator, 3 orang bidan desa, dan 4 orang ibu nifas.

Data dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap informan dengan menggunakan pedoman wawancara untuk mendapatkan data input (SDM, sumber dana, sarana prasarana, dan SOP) dan proses pelayanan kesehatan maternal (pelayanan kehamilan, persalinan dan nifas), dan kuesioner untuk mendapatkan data output pelayanan kesehatan maternal yang meliputi cakupan K1, K4, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, cakupan kunjungan nifas, cakupan deteksi risiko dan komplikasi kehamilan, dan cakupan penanganan komplikasi obstetri.

Uji keabsahan data dilakukan dengan teknik triangulasi sumber, yaitu dengan cara membandingkan hasil wawancara antara informan utama dengan informan triangulasi, yang terdiri dari bidan puskesmas, kepala puskesmas dan Kepala Seksi Kesehatan Keluarga (Moleong, 2014). Analisis data hasil penelitian dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya jenuh yang dimulai dari pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, evaluasi data dan penarikan kesimpulan (Sugiyono, 2014).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sumber Daya Manusia (SDM) yang memberikan pelayanan kesehatan maternal dalam hal ini bidan desa di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II sudah tercukupi dan berkualitas. Bidan desa sudah terdistribusi di

masing-masing desa. Terdapat 10 bidan desa yang tersebar di 8 desa. Desa dengan penduduk kurang sama dengan 5.000 orang ditempatkan 1 bidan desa dan desa dengan penduduk lebih dari 5.000 orang ditempatkan 2 bidan desa. Penempatan bidan di desa ini bertujuan untuk mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, sehingga dapat menekan *maternal mortality*. Menurut Ahmad, *et al* (2013), menyatakan bahwa keberadaan tenaga bidan sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan anak di wilayah Kabupaten Buol, Sulawesi Tengah. Menurut Helmizar (2014), SDM kesehatan merupakan elemen yang sangat penting dan berpengaruh terhadap peningkatan seluruh aspek dalam sistem pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat.

Kualitas sumber daya manusia sangat menentukan keberhasilan suatu program, terutama program akselerasi penurunan *maternal mortality*. Kualitas SDM ditunjukkan oleh semua bidan desa di Puskesmas Karanganyar II berpendidikan minimal D3 Kebidanan. Pendidikan bidan tersebut sudah sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, pada pasal 9 ayat 1, bahwa tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum Diploma Tiga (Republik Indonesia, 2014).

Menurut Purwitasari (2012), bahwa baik kuantitas maupun kualitas SDM harus diperhatikan untuk mensukseskan suatu program. Upaya peningkatan SDM, Dinas Kesehatan Kabupaten Demak memberikan pelatihan dan *workshop*. Menurut Mufidz (2016), untuk mengatasi permasalahan kurangnya pengetahuan dan keterampilan SDM dengan mengikutsertakan dalam rapat-rapat koordinasi, seminar, maupun *workshop*. Menurut Rezita (2015), menyatakan bahwa pendidikan dan pelatihan mempunyai pengaruh positif terhadap kinerja pegawai. Pelatihan bertujuan untuk memperbaiki kinerja atau kualitas petugas dalam pencapaian hasil kerja yang telah ditetapkan. Pelatihan yang pernah diadakan meliputi pelatihan kelas ibu hamil, Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED),

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA), dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Semua bidan wajib mengikuti pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) yang diselenggarakan oleh organisasi profesi bekerjasama dengan dinas kesehatan, dengan biaya ditanggung oleh masing-masing peserta. *Workshop* dilakukan melalui kerjasama dengan rumah sakit, sedangkan biaya ditanggung oleh peserta. *Workshop* yang pernah diadakan antara lain penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal, penatalaksanaan ibu hamil dengan HbsAg+ dan penatalaksanaan ibu hamil dengan pre eklampsia dengan cara pemberian MgSO₄.

Bidan desa di Puskesmas Karanganyar II sudah berpengalaman dalam memberikan pelayanan kesehatan maternal, yang ditunjukkan dengan lama kerja antara 13-25 tahun. Lama kerja menunjukkan lamanya seseorang melakukan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Pengalaman seorang pegawai dapat dilihat melalui lama kerja. Menurut Yunita, Kuntjoro, & Purnami (2013), bahwa seseorang yang berpengalaman dipandang lebih mampu melaksanakan tugas. Semakin lama bekerja maka kecakapan seseorang lebih baik dan sudah dapat menyesuaikan dengan lingkungan kerja

Sumber dana kegiatan pelayanan kesehatan maternal diambil dari Anggaran Dana Desa (ADD), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Dana BOK digunakan untuk kegiatan promotif dan preventif, sedangkan untuk kegiatan kuratif dan rehabilitatif diambil dari dana JKN. Dana ADD digunakan untuk kegiatan yang ada di desa, misalnya posyandu, ANC masal dan kelas ibu hamil. Menurut Pratiwi, *et al* (2014), bahwa pemanfaatan dana BOK di kabupaten/kota, diprioritaskan pada upaya preventif dan promotif kesehatan ibu dan anak untuk mengatasi tingginya angka kematian ibu dan bayi suatu daerah, termasuk pula penyakit menular yang dapat mempengaruhi kesehatan maternal. Dana BOK dapat dipakai untuk Pemberian Makanan Tambahan (PMT) anak balita dan ibu hamil dalam setiap kunjungan posyandu.

Puskesmas Karanganyar II merupakan puskesmas rawat inap dan PONEB yang dilengkapi sarana dan prasarana yang menunjang dalam pelayanan kesehatan maternal, seperti ambulans untuk memperlancar rujukan kegawatdaruratan obstetri. Menurut Ariyanti (2010), lingkungan dan fasilitas alat merupakan faktor yang mendukung untuk melaksanakan tindakan atau kegiatan. Lingkungan meliputi ruangan pemeriksaan yang memenuhi standar. Fasilitas suatu alat merupakan sarana untuk mendukung melaksanakan tindakan atau kegiatan pengelolaan logistik yang baik dan mudah diperoleh serta pencatatan dan pelaporan yang lengkap dan konsisten.

Puskesmas Karanganyar II sudah memiliki SOP untuk pelayanan kesehatan maternal yang dijadikan pedoman oleh bidan desa dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Menurut Asfian (2008), bahwa tersedianya SOP memperlancar tugas bidan dan tim, sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan, mengetahui dengan jelas hambatan-hambatannya dan mudah dilacak, mengarahkan bidan untuk disiplin dalam bekerja, sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin.

Pelayanan kesehatan maternal dilakukan melalui kegiatan *antenatal care* (ANC), kelas ibu hamil, penjarangan resiko tinggi, pertolongan persalinan dan kunjungan nifas. Proses pelaksanaan pelayanan kesehatan maternal sudah sesuai standar pelayanan kebidanan, yaitu ANC dengan standar 10T dan frekuensi minimal 4 kali selama kehamilan, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sesuai Asuhan Persalinan Normal (APN), dan kunjungan nifas dilakukan 3 kali oleh bidan desa.

ANC dilaksanakan dalam bentuk kegiatan ANC rutin dan ANC masal. ANC yang dilakukan secara rutin merupakan salah satu upaya untuk melakukan penjarangan terhadap ibu hamil berisiko, sehingga segera mendapatkan penanganan yang tepat. ANC masal dilakukan setiap bulan oleh bidan desa dan bidan puskesmas di masing-masing desa. Pemeriksaan antenatal merupakan faktor risiko

penting *maternal mortality*. Menurut Yego, *et al* (2014), kunjungan antenatal yang sering dan tepat waktu dapat memberikan kesempatan untuk mendeteksi faktor risiko untuk eklampsia, dan penyakit lain yang mendasarinya.

Kegiatan pelayanan kesehatan maternal sudah mengacu standar pelayanan kebidanan (SPK) dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 464 tahun 2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktek bidan (pasal 13 dan 18) yang menyatakan bahwa bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta melakukan pelayanan kesehatan lain sesuai program pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pelaksanaan pelayanan ibu hamil sesuai standar pelayanan kehamilan terdiri atas penimbang berat badan dan pengukuran tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, penilaian status gizi, pengukuran tinggi fundus uteri, penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan imunisasi bila diperlukan, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana kasus, temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) (Kemenkes, 2010).

Salah satu program pemerintah dalam pelayanan kesehatan maternal adalah kelas ibu hamil. Kelas ibu hamil adalah kegiatan yang dilakukan oleh bidan desa dalam upaya menurunkan AKI dengan membentuk kelompok-kelompok ibu hamil. Kelas ibu hamil dilakukan setiap bulan dimasing-masing desa yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang kehamilan, persalinan dan nifas dengan melibatkan keluarga atau suami. Kendala saat melakukan kelas ibu hamil adalah tidak dapat menghadirkan keluarga (suami), karena sebagian suami bekerja di luar kota. Menurut Puspitasari (2012), menyatakan bahwa dukungan dari keluarga terutama suami dalam mengikuti kelas ibu hamil dengan sangat berpengaruh besar pada ibu hamil.

Upaya mengoptimalkan pelayanan kesehatan maternal, dilakukan penjarangan resiko tinggi baik oleh masyarakat maupun tenaga kesehatan. Menurut Sakinah & Fibriana (2015), menyatakan bahwa peran serta masyarakat melalui pemberdayaan kader ANC dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan kunjungan ANC. Tim Kasih adalah kelompok sayang ibu yang melibatkan stakeholder terdiri dari bidan desa, kepala desa, perangkat desa, tokoh masyarakat dan kader kesehatan. Tim Kasih merupakan salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan maternal yang bertujuan untuk melakukan penjarangan terhadap ibu hamil berisiko dan mengatasi masalah yang ada di desa berkaitan dengan kesehatan ibu.

Pelaksanaan pertolongan persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II dengan 4 tangan oleh tenaga kesehatan, sesuai standar APN. Menurut Kemenkes (2010), standar Asuhan Persalinan Normal (APN) memperhatikan prinsip pencegahan infeksi, merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi, melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), dan memberikan injeksi Vitamin K1 dan salep mata pada bayi baru lahir.

Standar pelayanan pada kunjungan nifas meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri (TFU), lochea dan pengeluaran pervaginam (PPV), pemeriksaan payudara dan anjuran ASI Eksklusif 6 bulan, pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak 2x, dan pelayanan KB pasca salin (Kemenkes, 2010).

Upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan maternal dilakukan supervisi dan bimbingan teknis secara rutin setiap bulan oleh bidan koordinator, serta monitoring dan evaluasi yang dijalankan secara rutin setiap tiga bulan dalam bentuk lokakarya mini. Supervisi dilakukan pengecekan administrasi, kelengkapan sarana prasarana, serta pencatatan dan pelaporan dengan menggunakan daftar tilik. Bidan koordinator menggunakan daftar tilik dalam supervisi untuk menilai pekerjaan yang dilakukan oleh bidan di desa. Supervisi merupakan komponen penting dan faktor

determinan bagi efektivitas pelayanan kesehatan maternal. Supervisi dan bimbingan teknis dilakukan ketika ada kegiatan di desa, misalnya posyandu, ANC masal dan kelas ibu hamil.

Supervisi dan bimbingan teknis di Puskesmas Karanganyar II sudah berjalan dengan baik, dan didukung oleh bidan koordinator sebagai supervisor yang berpengalaman, sehingga dapat memotivasi bidan desa untuk terus meningkatkan kinerjanya. Menurut Gusna, *et al* (2016), menyatakan bahwa kemampuan seorang supervisor dalam menyediakan bimbingan berupa pengetahuan dan teknik mentor yang

bagus merupakan faktor penting. Supervisor merupakan motivator bagi peningkatan kinerja bidan.

Monitoring dan evaluasi bertujuan untuk menilai tingkat pencapaian program. Menurut Ahmad, *et al* (2013), bahwa pengawasan (*monitoring*) oleh pengelola program akan berpengaruh terhadap kualitas kinerja tenaga kesehatan khususnya tenaga bidan di desa. Kegiatan monitoring lebih terfokus pada hasil pencapaian pelayanan kesehatan maternal, sedangkan kegiatan evaluasi lebih terfokus pada indikator keberhasilan program KIA (sesuai Standar Pelayanan Minimal).

Tabel 1. Cakupan Pelayanan Kesehatan Maternal di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II Kabupaten Demak

No.	Desa	K1 (%)	K4 (%)	Pn (%)	KF3 (%)	Deteksi resti (%)	PK (%)
1	Kedungwaru Lor	100	76,8	100	100	31,9	100
2	Kedungwaru Kidul	100	86,7	100	100	23,6	100
3	Tugu Lor	100	84,1	100	100	24,6	100
4	Kotakan	100	81,7	100	100	45,0	100
5	Bandungrejo	100	100,0	100	100	22,2	100
6	Jatirejo	100	83,8	100	100	36,2	100
7	Wonoketingal	100	96,6	100	100	29,8	100
8	Ngaluran	100	100,0	100	100	21,3	100
Jumlah		100	89,7	100	100	29,3	100

Keterangan:

- K1 = Cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan.
- K4 = Cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit tempat kali.
Cakupan ibu bersalin yang
- Pn = mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan.
- KF3 = Cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pascabersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali.
- Deteksi resti = Cakupan ibu hamil dengan faktor risiko atau komplikasi yang ditemukan oleh kader atau dukun bayi atau masyarakat serta dirujuk ke tenaga kesehatan.
- PK = Cakupan ibu dengan komplikasi kebidanan yang ditanganis secara definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

Output pelayanan kesehatan maternal dapat dilihat dari indikator pelayanan yang meliputi cakupan K1, K4, cakupan deteksi risiko dan komplikasi kehamilan, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan cakupan kunjungan nifas. Berdasarkan Tabel 1, menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 sudah mencapai 100%, menunjukkan bahwa pelayanan kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II sudah terjangkau oleh seluruh masyarakat. Cakupan K4 di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar II tidak mencapai target SPM yaitu 95%. Masih rendahnya cakupan K4 menggambarkan bahwa perlindungan terhadap ibu hamil dan kemampuan manajemen program KIA masih rendah.

Cakupan K4 rendah dikarenakan dikarenakan rasio bidan dengan penduduk belum sesuai, karena masih ada desa (Kedungwaru Lor dan Kedungwaru Kidul) dengan penduduk lebih dari 5.000 orang tetapi ditempatkan hanya 1 bidan desa. Selain itu, jika dilihat dari rasio bidan dan penduduk menurut WHO adalah 100 bidan per 100.000 penduduk, dan dikatakan efektif jika 1 orang bidan membawahi desa yang jumlah penduduk 1.000 jiwa. Menurut Ahmad, *et al* (2013) menyatakan bahwa proporsi bidan yang baik akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan sehingga akan berpengaruh terhadap penurunan AKI.

Menurut hasil wawancara, cakupan K4 tidak dapat mencapai target karena tidak semua ibu hamil periksa di masing-masing bidan desa setempat. Ada sebagian ibu hamil yang periksa ke bidan praktik mandiri, atau klinik kesehatan lain, terutama pada ibu hamil yang bekerja sebagai karyawan swasta. Rata-rata mereka periksa hamil di klinik tempat mereka bekerja, akibatnya tidak dilaporkan oleh bidan desa setempat. Berbagai usaha telah dilakukan, salah satunya adalah menjalin kemitraan atau jejaring kerja dengan bidan praktik mandiri dan dokter, namun masih ada kesenjangan antara cakupan K1 dan cakupan K4. Hal ini dikarenakan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan

di tempat yang berbeda-beda dan tidak selalu membawa buku KIA, sehingga perkembangan kesehatan ibu hamil tersebut tidak tercatat dalam Buku KIA, dan tidak dilaporkan oleh bidan desa. Setiap kehamilan mendapat 1 (satu) Buku KIA. Buku KIA merupakan buku dokumentasi yang berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, bayi dan anak balita).

Sistem rujukan kegawatdaruratan obstetri ke rumah sakit belum optimal karena dokter tidak ada di tempat atau ruangan penuh dan belum optimalnya kerjasama lintas sektor. Kendala sistem rujukan terutama pada pasien jamkesmas, karena Puskesmas Karanganyar II terletak di wilayah perbatasan, dimana masyarakat lebih memilih untuk dirujuk ke rumah sakit luar daerah yang jaraknya lebih dekat. Menurut Bustamin (2013), pengaruh antara lokasi rujukan dengan tempat tinggal ibu, dapat diukur dalam satuan jarak, waktu tempuh dan biaya tempuh. Jarak yang lebih dekat membutuhkan waktu tempuh yang lebih cepat serta biaya yang lebih sedikit. Pemilihan jarak yang lebih dekat bertujuan agar tidak terjadi keterlambatan rujukan dalam penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri. Menurut Aggarwal, *et al* (2007), menyatakan bahwa jarak fasilitas kesehatan dari kediaman merupakan faktor risiko yang signifikan untuk kematian ibu. Menurut Fibriana (2007), keterlambatan rujukan saat terjadi komplikasi akan menyebabkan ibu memiliki risiko 50,8 kali lebih besar untuk mengalami kematian maternal bila dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami keterlambatan rujukan.

Budaya patriarkal di masyarakat yang masih kental, yaitu suami merupakan pemegang utama keputusan. Hal ini dapat mengakibatkan keterlambatan dalam pengambilan keputusan, terutama pada kasus kegawatdaruratan obstetri sehingga berdampak terhadap kematian maternal. Menurut Fibriana & Azam (2010), bahwa ibu yang terlambat mengambil keputusan untuk merujuk mempunyai risiko kematian ibu sebesar 16,429 kali dibandingkan ibu yang tidak terlambat dalam pengambilan keputusan untuk merujuk.

SIMPULAN

Aspek input pelayanan kesehatan maternal baik karena didukung oleh SDM yang tercukupi dan berkualitas, adanya sumber dana, ketersediaan sarana dan prasarana yang cukup, dan ketersediaan SOP yang baik. Proses pelaksanaan pelayanan kesehatan maternal sudah sesuai standar pelayanan kebidanan. Output pelayanan kesehatan maternal belum optimal karena masih ada kesenjangan antara cakupan K1 dan K4, dimana cakupan K4 tidak mencapai target SPM.

DAFTAR PUSTAKA

- Aggarwal, A., Pandey, A., & Bhattacharya, B. 2007. Risk factors for maternal in Delhi Slums: A community based case control Study. *Indian Journal Medical Science*. 61(9): 517–526
- Ahmad, Hamzah, A., & Maria, I. L. 2013. Pelaksanaan program jaminan persalinan (Jampersal) di Dinas Kesehatan Kabupaten Buol. *Jurnal Administrasi & Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2(2): 19–28
- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A., Gemmill, A., Boerma, T. 2015. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario based projections to 2030: A systematic analysis by The UN Maternal Mortality Estimation Inter Agency Group. 7(15): 1–13
- Ariyanti, D. F. 2010. Analisis kualitas pelayanan antenatal oleh bidan di Puskesmas di Kabupaten Purbalingga. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro
- Asfian. 2008. Analisis pemanfaatan pedoman kerja bidan dalam pengelolaan program KIA-KB di Puskesmas Kota Pontianak. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro
- Bustamin. 2013. Faktor yang mempengaruhi pelayanan K4 di Puskesmas Lilmori Kecamatan Bulutaba Kabupaten Mamuju Utara Tahun 2013. *Tesis*. Makassar: Universitas Hasanuddin
- Dinas Kesehatan Kabupaten Demak. 2015. *Profil kesehatan tahun 2014*. Demak: Dinas Kesehatan Kabupaten Demak
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2015. *Buku saku kesehatan tahun 2014*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Retrieved from <http://www.dinkesjatengprov.go.id>
- Fibriana, A. I. 2007. Faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal (Studi kasus di Kabupaten Cilacap). *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro
- Fibriana, A. I., & Azam, M. 2010. Three delay model sebagai salah satu determinan kematian ibu di Kabupaten Cilacap. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 6(1): 16–23
- Gusna, E., Sulaini, P., & Bachtiar, H. 2016. Analisis cakupan antenatal care K4 program kesehatan ibu dan anak di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 5(1): 1–9
- Helmizar. 2014. Evaluasi kebijakan jaminan persalinan (Jampersal) dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 9(2): 197–205. Retrieved from <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas>
- Kemendes RI. 2010a. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Departemen Kesehatan
- _____. 2010b. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan*.
- _____. 2013a. *Rencana aksi percepatan penurunan angka kematian ibu di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- _____. 2013b. *Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kemendes RI
- Moleong, L. J. 2014. *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Mufidz, M. 2016. Evaluasi input sistem surveilans demam berdarah dengue di Dinas Kesehatan Kab. Tegal (Studi

- kualitatif di Kab. Tegal). *Unnes Journal of Public Health*. 5(2): 156–166
- Pratiwi, N. L., Suprpto, A., Laksono, A. D., R, B., Rukmini, Gurendro, S. 2014. Kajian kebijakan penyaluran dana bantuan operasional kesehatan dalam mendukung pencapaian kesehatan ibu dan anak (MDGs 4,5) di tiga Kabupaten, Kota di Propinsi Jawa Timur Indonesia. *Bulletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 17(4): 395–405
- Purwitasari, A. Y. 2012. Implementasi kebijakan program jampersal di Kabupaten Lebak Propinsi Banten tahun 2011. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia
- Puspitasari, L. 2012. Gambaran pelaksanaan kelas ibu hamil Di Puskesmas Bangetayu Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 1(2): 1054–1060
- Republik Indonesia. 2014. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan
- Rezita, R. 2015. Pengaruh pendidikan dan pelatihan (Diklat) terhadap kinerja pegawai pada badan perpustakaan dan arsip daerah Daerah Istimewa Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta
- Sakinah, V., & Fibriana, A. I. 2015. Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Kunjungan Antenatal Care (ANC) Ibu Hamil melalui Pemberdayaan Kader ANC. *Unnes Journal of Public Health*. 4(1): 54–60
- Saraswati, N., & Mardiana. 2016. Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia pada ibu hamil (Studi kasus di RSUD Kabupaten Brebes tahun 2014). *Unnes Journal of Public Health*. 5(2): 90–99
- Stalker, P. 2008. Millenium development goal. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 14(3): 318–21
- Sugiyono. 2014. *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Yadav, H. 2012. A review of maternal mortality in Malaysia. *IeJSME*. 6(1): 142–151
- Yego, F., Este, C. D., Byles, J., Williams, J. S., & Nyongesa, P. 2014. Risk factors for maternal mortality in a Tertiary Hospital in Kenya: a case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14(38)
- Yunita, H., Kuntjoro, T., & Purnami, C. T. 2013. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja bidan desa dalam deteksi dini resiko tinggi ibu hamil pada pelayanan antenatal di Kabupaten Bengkulu Selatan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*. 01(02)