

PENERAPAN AKI NOL DI PUSKESMAS KWANDANG KABUPATEN GORONTALO UTARA TAHUN 2011

Tumartony T. Hiola

Abstract

Di Kabupaten Gorontalo Utara Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2010 sebesar 128/100.000 KH atau sebanyak 3 kematian dan pada tahun 2011 sebesar 310/100.000 atau sebanyak 7 kematian sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) yaitu pada tahun 2010 sebesar 14,9/1000 KH dan tahun 2011 sebesar 16,4/1000 KH. (Dinkes Kab.Gorontalo Utara, 2011). Untuk memperoleh informasi tentang Penerapan AKI Nol di Puskesmas Kwandang Kabupaten Gorontalo Utara Tahun 2011.

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian yang bersifat *kualitatif* dengan melakukan *indepth interview* dengan beberapa Informan. Penerapan AKI Nol di Puskesmas Kwandang sudah di terapkan dengan semestinya hanya saja keadaannya masih seperti itu. Data dan peta ibu hamil tiap desa dilakukan untuk mengetahui keberadaan dari ibu hamil, biasanya tenaga kesehatan melakukan kegiatan berupa pemasangan bendera di rumah ibu hamil. Hal ini dilakukan untuk mengetahui ibu hamil yang beresiko sehingga bisa di tangani dengan benar. Di samping itu juga kurangnya bidan desa yang tinggal di desa binaannya dan kebudayaan dari masyarakat setempat yang masih mempercayai tenaga dukun.

Kata Kunci : Data dan Peta Ibu Hamil, Penjaringan Deteksi Dini Kehamilan Beresiko, Bidan Tinggal di Desa, Kemitraan Bidan dan Dukun.

PENDAHULUAN

Salah satu indikator yang sangat penting untuk menilai seberapa jauh keberhasilan pembangunan kesehatan di suatu daerah yaitu dengan melihat indikator angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), disamping indikator kejadian penyakit maupun umur harapan hidup. Oleh karena itu apapun program pembangunan kesehatan yang dilakukan seharusnya memberikan dampak lebih jauh terhadap ketiga indikator tersebut.

Di Indonesia berdasarkan perhitungan oleh BPS diperoleh AKI tahun 2007 sebesar 228/100.000 KH. Jika dibandingkan dengan AKI tahun 2002 sebesar 307/100.000 KH, AKI tersebut sudah jauh menurun, namun masih jauh dari target MDG 2015 (102/100.000 KH) sehingga masih memerlukan kerja keras dari semua

komponen untuk mencapai target tersebut. Tetapi, apabila kita melihat AKI berdasarkan data yang dikirimkan oleh Puskesmas seluruh Indonesia maka target MDG's tersebut sedikit lagi akan tercapai. Berdasarkan laporan dari Puskesmas pada tahun 2005 diperoleh AKI sebesar 151, pada tahun 2006 sebesar 127 dan pada tahun 2007 sebesar 119/100.000 KH. Kalau kita lihat data AKI dari lapangan menunjukkan adanya penurunan yang sangat bermakna. (BPS 2007).

Sementara untuk AKB berdasarkan perhitungan dari BPS, pada tahun 2007 diperoleh AKB sebesar 26,9/1000 KH (2007). Angka ini sudah jauh menurun dibandingkan tahun 2002 sebesar 35/1000 KH dan upayanya akan lebih ringan bila dibandingkan dengan upaya pencapaian target MDG's untuk penurunan AKI. Adapun target AKB pada MDG's 2015

sebesar 17/1000 KH. Apabila kita melihat data tahun 2007 dari laporan Puskesmas, diperoleh AKB sebesar 9,1/1000 KH. Angka ini sudah jauh menurun dan melampaui target MDG's.(BPS 2007).

Undang-undang dasar 1945 pasal 28 H dan undang-undang nomor 23/1992 tentang kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya. Dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi yaitu AKB sebesar 26,9/kelahiran hidup dan AKI sebesar 24,8/per 100.000 kelahiran hidup serta umur Harapan Hidup 70,5 tahun. (BPS 2009).

Di Provinsi Gorontalo Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2010 sebesar 177/100.000 KH dan pada tahun 2011 sebesar 254,7/100.000 KH sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2010 sebesar 12,9/1000 dan pada tahun 2011 sebesar 15,3/ KH. Dalam rangka percepatan penurunan angka kematian ibu selama hamil, melahirkan dan pada masa nifas merupakan salah satu dari empat program unggulan Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara. Dan untuk itu gorontalo utara membuat program untuk percepatan penurunan AKI yang di kenal dengan Program Angka Kematian Ibu (AKI) Nol pada tanggal 29 Januari 2010 yang tercantum dalam MOU dimana penandatanganan MOU dokter-dokter spesialis pemerintah daerah kabupaten Gorontalo Utara dan penandatanganan MOU JAMKESDA PT. ASKES dengan pemerintah daerah kabupaten Gorontalo Utara. Dengan

program AKI Nol ini di harapkan tidak ada kematian Ibu disetiap desa terutama di dua puluh desa mandiri terpadu yang berada di wilayah enam kecamatan di Kabupaten Gorontalo Utara. (Dinkes Provinsi Gorontalo, 2011).

Di Kabupaten Gorontalo Utara Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2010 sebesar 128/100.000 KH atau sebanyak 3 kematian dan pada tahun 2011 sebesar 310/100.000 atau sebanyak 7 kematian sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) yaitu pada tahun 2010 sebesar 14,9/1000 KH dan tahun 2011 sebesar 16,4/1000 KH. (Dinkes Kab.Gorontalo Utara, 2011)

Puskesmas Kwandang termasuk Puskesmas yang berada di salah satu Kabupaten Gorontalo Utara yang melaksanakan program AKI Nol. Puskesmas ini memiliki 17 desa yang merupakan wilayah kerjanya. Disamping itu memiliki tenaga kesehatan yang berprofesi sebagai Bidan yaitu sebanyak 12 orang. Berdasarkan data pada survey awal tahun 2010 Angka Kematian Ibu (AKI) di dapat 1 kematian yang di akibatkan karena terjadinya eklamsia atau gangguan darah tinggi pada ibu hamil dan Angka Kematian Bayi (AKB) di dapat 8 kematian sedangkan pada tahun 2011 jumlah AKI tidak mengalami perubahan tetapi peningkatan terjadi pada AKB sebanyak 10 kematian. Pada tahun 2011 kematian Ibu di akibatkan karena terjadinya perdarahan, di samping itu juga di akibatkan oleh beberapa faktor misalnya kurangnya bidan yang tinggal di desa. (Puskesmas Kwandang Kab.Gorontalo Utara, 2011).

Dari data tersebut dapat dilihat bahwa program AKI Nol yang dilaksanakan oleh Puskesmas Kwandang belum mencapai target yg di harapkan, karena masih kurangnya kemitraan bidan dan dukun, tidak adanya tempat tinggal untuk bidan

desa, kurangnya penjangkauan deteksi dini kehamilan beresiko serta data dan peta ibu hamil yang belum jelas. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian sehubungan dengan Penerapan AKI Nol di Puskesmas Kwandang Kabupaten Gorontalo Utara.

Kajian Tentang Penerapan Program AKI Nol

Angka Kematian Ibu Nol merupakan sebuah program unggulan di Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara dengan harapan tidak terdapatnya kematian ibu hamil, melahirkan dan ibu nifas yang persalinannya di bantu oleh tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Gorontalo Utara. Adapun tujuan dari program ini yaitu : (1) Mempercepat penurunan AKI dengan program AKI Nol 2010. (2) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan Ibu hamil, Ibu melahirkan dan Ibu nifas. (3) Terdatanya seluruh Ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K (program perencanaan persalinan dan penanganan komplikasi. (4) Adanya pemakaian KB pasca salin. (Dinkes Kab. Gorut, 2011).

Angka Kematian Ibu Nol adalah tidak adanya kematian ibu hamil, melahirkan, dan ibu nifas yang persalinannya di tolong oleh tenaga kesehatan. Indikator Goals peningkatan kesehatan ibu dengan target menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya sampai tahun 2015. Menurut pedoman MDGs ada dua indikator untuk menurunkan target ini yang harus diperhatikan yaitu : (1) Indikator global untuk memonitoring pencapaian. (2) Indikator lokal untuk memonitoring kemajuan kabupaten dan kecamatan.

Indikator global untuk menurunkan angka kematian ibu yaitu angka kematian ibu, Proporsi pertolongan kelahiran oleh tenaga

kesehatan terlatih dan angka pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia subur 15-49 tahun. Sedangkan monitoring lokal Kabupaten/Kota dan Kecamatan digunakan proksi indikator yang dapat menggambarkan angka kematian ibu, digambarkan dengan indikator program yang dilaksanakan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, antara lain cakupan kunjungan K4, dan cakupan pelayanan nifas. (Meikel, 2010).

a. Cakupan Kunjungan K4

Kunjungan ibu hamil K-4 adalah Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan dan mendapat 90 tablet Fe selama periode kehamilannya di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

b. Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Bidan atau Tenaga Kesehatan Yang Memiliki Kompetensi Kebidanan

Proporsi pertolongan kelahiran oleh tenaga kesehatan terlatih atau cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan adalah perbandingan antara persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, seperti dokter, bidan, perawat, dan tenaga medis lainnya dengan jumlah persalinan seluruhnya, dan dinyatakan dalam persentase. Mengukur kematian ibu secara akurat adalah sulit, kecuali tersedia data registrasi yang sempurna tentang kematian dan penyebab kematian. Oleh karena itu sebagai proksi indikator yang digunakan adalah proporsi pertolongan kelahiran oleh tenaga kesehatan terlatih.

c. Cakupan Pelayanan Nifas

Ibu nifas adalah ibu nifas 6 jam pasca persalinan sampai dengan 42 hari yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar. Rumusnya adalah Cakupan Ibu Nifas Jumlah ibu nifas memperoleh 3 kali pelayanan persalinan nifas sesuai standar di satu wilayah pada kurun waktu tertentu x 100%. Jumlah ibu nifas di satu wilayah yang sama pada kurun waktu tertentu. Sumber datanya dapat diperoleh dari Kohort LB3 Ibu PWS-KIA dan atau Laporan Puskesmas dan Rumah Sakit (RS) termasuk pelayanan yang dilakukan swasta.

d. Angka pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia subur 15-49 tahun (PUS)

Salah satu indikator yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kesehatan ibu di suatu wilayah adalah dengan mengukur tingkat angka pemakaian kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kematian ibu hamil dan melahirkan adalah kondisi 4 (empat) terlalu, yaitu jarak kelahiran dengan persalinan persalinan sebelumnya kurang dari 24 bulan (terlalu dekat), melahirkan anak lebih dari 4 anak (terlalu sering atau terlalu banyak), melahirkan pada usia di atas 35 tahun (terlalu tua), dan melahirkan pada usia kurang dari 20 tahun (terlalu muda) dan terlalu tua. Dengan pemakaian kontrasepsi secara tidak langsung dapat mencegah terjadinya faktor resiko kematian yang pada akhirnya dapat menjaga kesehatan dan keselamatan ibu dari kematian yang disebabkan oleh persalinan. Persentase pemakaian kontrasepsi menurut SDKI tahun 2002-2003 sebesar 60 persen ini menunjukkan

bahwa 6 diantara 10 wanita menggunakan kontrasepsi untuk mencegah kehamilan. Angka ini dapat menjadi tolok ukur untuk menilai pencapaian peserta KB di tingkat kecamatan dan kabupaten. (Meikel, 2010).

Fenomena tingginya AKI jika dianalogkan dengan paradigma Thomas Kuhn dalam struktur Revolusi Ilmiah (The Structure of Scientific Revolutions), berada pada tahap "anomali". Petugas kesehatan menyaksikan fenomena tingginya AKI tetapi tidak bisa bersikap kritis dan tidak mampu lagi menjelaskan karena kematian ibu akibat proses persalinan barangkali dianggap "normal" padahal kondisi tersebut "kritis" dengan tingkat anomali kian menumpuk dalam dimensi sangat kompleks. Untuk mengatasi kondisi krisis tersebut harus dilakukan "revolusi" mendasar, yaitu menyempurnakan layanan kesehatan reproduksi esensial di semua desa dengan minimal dilayani tenaga kesehatan profesional dan dapat diakses seluruh perempuan seraya meningkatkan kesadaran masyarakat tentang hak dan kesehatan reproduksinya. (Meikel, 2010).

Solusi atau strategi percepatan penurunan kematian ibu, neonatal, bayi dan balita yang di terapkan oleh Pemerintah Provinsi Gorontalo, yaitu meliputi : (1) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan anatar lain : (a) Meningkatkan outreach atau jangkauan pelayanan KIA berbasis fasilitas. (b) Memperluas fungsi bidan desa, termasuk kemitraan dengan dukun bayi. (c) Memperkuat sistem rujukan (Masyarakat – Puskesmas – Puskesmas PONEK – Rumah Sakit PONEK). (d) Mengurangi hambatan finansial. (e) Peningkatan jumlah dan persebaran tenaga kesehatan strategis, misalnya bidan dan dokter. (f) Perbaikan status gizi ibu hamil dengan menjamin asupan gizi yang adekuat. (2) Pemberdayaan Masyarakat meliputi : (a) Peningkatan

kesadaran akan KIA dan Gizi melalui pelaksanaan program perubahan perilaku dan KIE yang lebih intensif. (b) Peningkatan kesadaran suami, keluarga dan masyarakat dalam program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4k) sebagai upaya percepatan penurunan AKI dan AKB. (c) Penguatan pemberdayaan masyarakat dan merevitalisasi posyandu. (3) Penguatan Manajemen meliputi : (a) Penguatan data dan informasi sebagai instrumen utama dalam evaluasi dan penetapan kebijakan, penguatan koordinasi dengan memperjelas peran dan tanggung jawab provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas. (b) Penguatan surveilans, monitoring, evaluasi serta pembiayaan. (c) Penciptaan lingkungan yang kondusif kabupaten/kota dalam mendukung manajemen, partisipasi seluruh stakeholder dalam pengembangan kebijakan yang berpihak pada upaya percepatan penurunan AKI dan AKB termasuk dalam proses perencanaan. (d) Peningkatan komitmen pemerintah daerah dalam pencapaian target RPJMN dan MDG'S melalui advocacy. (e) Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik dalam manajemen program dan kegiatan termasuk dalam melakukan bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi program kesehatan ibu dan anak secara rutin dan berkesinambungan di semua puskesmas wilayah kerja kabupaten/kota. (f) Peningkatan kerja sama lintas program, lintas sektor, pusat – daerah, swasta dan masyarakat dalam sinkronisasi perencanaan program dan kegiatan. (g) Penguatan data dan informasi termasuk penggunaan/pemanfaatan kohort ibu, bayi dan balita serta PWS-KIA sebagai instrumen utama dalam evaluasi dan penetapan kebijakan program berdasar baselin data. (4) Peningkatan dan Pemanfaatan Pembiayaan Kesehatan meliputi : (a) Pemenuhan sumber

pembiayaan bagi program dan kegiatan yang berkaitan dengan upaya pencapaian target RPJMN dan MDGs sejalan dengan upaya pemenuhan target standar pelayanan minimal (SPM) melalui dana APBN dan APBD kabupaten/kota. (b) Peningkatan dan pemanfaatan pembiayaan untuk peningkatan jaminan kesehatan masyarakat termasuk Jamkesmas, Jampersal dan BOK. (c) Peningkatan biaya kelengkapan dan ketersediaan fasilitas kesehatan dasar dan rujukan melalui dana alokasi khusus kabupaten/kota, termasuk dalam penyediaan sarana dan prasarana Puskesmas PONEB. (Dikes Provinsi Gorontalo, 2010).

Adapun kegiatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Gorontalo Utara yaitu meliputi : (a) Legalitas kegiatan Program Angka Kematian Ibu Nol dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara. (b) Pembentukan tim sukses AKI Nol di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten. (c) Pembentukan tim sukses AKI Nol di tingkat Puskesmas. (d) Pencanangan Program tingkat Kecamatan. (e) Sosialisasi di tingkat Kecamatan/Puskesmas oleh tim sukses Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara. (f) Sosialisasi di tingkat desa oleh tim sukses Puskesmas. (g) Bimbingan terpadu dengan lintas Program. (h) Evaluasi. (Dinkes Kab. Gorut, 2011).

Kajian Tentang Kesehatan Ibu dan Anak

Untuk menurunkan kematian ibu hamil, seorang pemimpin puskesmas harus mengembangkan program pokok puskesmas (KIA). Kegiatannya harus diawali dengan melakukan identifikasi faktor risiko yang berhubungan dengan kematian ibu hamil yang terjadi di wilayah kerjanya selama kurun waktu tertentu. Dengan diketahuinya berbagai faktor risiko kematian ibu hamil, staf

Puskesmas kemudian merencanakan program kesehatan masyarakat (manajemen program KIA) untuk melakukan intervensi masalah kesehatan masyarakat tersebut. Dalam hal ini, seorang manajer program puskesmas dituntut untuk memiliki keterampilan mengkaji dan merumuskan masalah kesehatan masyarakat dan masalah program yang berkaitan dengan kematian ibu hamil. Untuk menghadapi tuntutan pengembangan program puskesmas di era otonomi daerah, petugas kesehatan yang bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten dan Provinsi (baik dokter maupun para medisnya) harus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan manajerialnya agar tugas-tugas pokoknya dapat dilaksanakan lebih efisien, efektif dan produktif. (A.A.Gde Muninjaya, 2004).

Khusus untuk tingkat puskesmas, penerapan manajemen dapat di pelajari melalui perencanaan yang disusun setiap lima tahun (*micro planning*), pembagian dan uraian tugas staf puskesmas sesuai dengan masing-masing tugas pokoknya. Pelaksanaan tugas pokok staf di Puskesmas bersifat koordinatif dan integratif. (A.A.Gde Muninjaya, 2004).

Tujuan umum yaitu menurunkan kematian (mortality) dan kejadian sakit (morbidity) di kalangan ibu. Kegiatan program ini ditunjukkan untuk menjaga kesehatan ibu selama kehamilan, pada saat bersalin dan saat ibu menyusui. Disamping itu juga tujuan umum dari program KIA adalah meningkatkan derajat kesehatan anak, melalui pemantauan status gizi dan pencegahan sedini mungkin berbagai penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi dasar sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Tujuan ini di tingkat puskesmas harus dijabarkan lagi sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat dan faktor risiko yang berkembang di

wilayahnya. (A.A.Gde Muninjaya, 2004).

Sasaran program KIA adalah Ibu hamil, ibu menyusui, dan anak-anak sampai dengan umur 5 tahun. Kelompok-kelompok masyarakat ini sasaran primer program. Sasaran sekunder adalah dukun bersalin dan kader kesehatan. Jumlah sasaran ibu hamil dan anak ditetapkan melalui dua cara: pendataan langsung, perkiraan (estimasi), dan pendekatan tidak langsung. Pendataan langsung dilakukan oleh staf Puskesmas, baik dengan metode survei maupun menggunakan kader sebagai informan. Cara estimasi ditetapkan berdasarkan hasil perkalian angka standar. Angka ini ditetapkan dalam bentuk presentase oleh Depkes Pusat, berdasarkan proporsi kelompok penduduk di bandingkan dengan jumlah seluruh penduduk di suatu wilayah. (A.A.Gde Muninjaya, 2004).

Dalam panduan sistem stratifikasi puskesmas, estimasi jumlah penduduk sasaran program ditetapkan berdasarkan presentase jumlah bayi dikalikan dengan seluruh jumlah penduduk. Misalnya di Bali: Jumlah bayi 2,1% x jumlah penduduk setempat, jumlah ibu hamil 3,6 % x jumlah penduduk setempat. Jumlah penduduk estimasi ini jauh lebih tinggi dari data riilnya, tetapi jarang lebih rendah. Hal ini perlu diwaspadai oleh pimpinan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota pada saat menilai cakupan kegiatan program. (A.A.Gde Muninjaya, 2004).

Sebaiknya penetapan jumlah penduduk sasaran program tidak menggunakan data estimasi terutama untuk menyusun rencana kerja operasional program Puskesmas. Jika cara ini diterapkan akan mengakibatkan staf kurang termotivasi mencari penduduk sasaran riil dan cakupannya, mungkin akan lebih rendah dari kenyataannya karena penduduk sasaran estimasi lebih besar dibandingkan

dengan jumlah penduduk sasaran yang sebenarnya (data riil). Akibatnya cakupan program berdasarkan data estimasi jarang mendekati target atau bahkan jauh melampaui angka 100%. Untuk perencanaan di tingkat provinsi, penggunaan data estimasi mungkin lebih tepat terutama untuk merencanakan besarnya kebutuhan dana dan prasarana/ sarana pelayanan. (A.A.Gde Muninjaya, 2004).

Menghitung penduduk sasaran KIA secara tidak langsung dapat dilakukan dengan menghitung jumlah PUS (pasangan usia subur) berdasarkan catatan PLKB yang melakukan survei PUS setiap tahun wilayah kerjanya. Dari jumlah PUS ini akan diketahui berapa yang menjadi akseptor KB dan berapa yang tidak memakainya karena ingin hamil atau sedang hamil. Yang hamil dijadikan penduduk sasaran KIA dan yang belum hamil karena menghadapi masalah infertilitas juga perlu dilayani dengan menyediakan pelayanan kesehatan yang berbeda. Dari Ibu hamil akan ada bayi lahir, baik lahir mati, BBLR dan lahir dengan berat badan normal, dan di tolong oleh tenaga terlatih atau bukan. Jumlah bayi yang lahir hidup secara kumulatif akan menjadi sasaran posyandu untuk diimunisasi dan ditimbang secara rutin berat badannya sampai umur lima tahun. Ibu-ibunya akan menjadi sasaran pelayanan konseling pasca persalinan. Dengan pendekatan tidak langsung yang diawali dengan pencatatan data PUS oleh PLKB, Puskesmas akan mengetahui jumlah penduduk sasaran program KIA dan KB, P2M (imunisasi), Gizi (penimbangan dan pemberian sulfas ferrosus), PKM (penyuluhan pada saat posyandu), berdasarkan umur dan domisilinya.

Kegiatan KIA terdiri dari kegiatan pokok dan integratif. Kegiatan integratif adalah kegiatan program lain (misalnya kegiatan imunisasi merupakan kegiatan pokok P2M) yang dilaksanakan pada program KIA karena

sasaran penduduk program P2M (ibu hamil dan anak-anak) juga menjadi sasaran program KIA yaitu : (1) Memeriksa kesehatan ibu hamil (ANC). (2) Mengamati perkembangan dan pertumbuhan anak-anak balita, integrasi dengan program gizi. (3) Memberikan nasihat tentang makanan, mencegah timbulnya masalah gizi karena kekurangan protein dan kalori dan memperkenalkan jenis makanan tambahan (vitamin dan garam yodium). Integrasi program PKM (konseling) dan gizi. (4) Memberikan pelayanan KB kepada pasangan usia subur. Integrasi program KB. (5) Merujuk ibu-ibu atau anak-anak yang memerlukan pengobatan. Integrasi program pengobatan. (6) Memberikan pertolongan persalinan dan bimbingan selama masa nifas. Integrasi dengan program perawatan kesehatan masyarakat. (7) Mengadakan latihan untuk dukun bersalin dan kader kesehatan posyandu. (A.A.Gde Muninjaya, 2004).

Pengelolaan program KIA pada prinsipnya bertujuan untuk memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA dewasa ini diutamakan pada kegiatan pokok sebagai berikut : (1) Peningkatan pelayanan antenatal disemua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya. (2) Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga kesehatan profesional secara berangsur. (3) Peningkatan deteksi dini resiko tinggi ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader atau dukun bayi, serta penanganannya dan pengamatan secara terus menerus. (4) Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari satu bulan) dengan mutu baik dengan jangkauan yang setinggi-tingginya. (Syafudin, 2009).

Pelayanan Antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal. Walaupun pelayanan antenatal selengkapnyanya mencakup banyak hal yang meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium atas indikasi, serta intervensi dasar dan khusus (sesuai resiko yang ada).

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut ditentukan untuk menjamin mutu pelayanan, khususnya dalam memberi kesempatan yang cukup dalam menangani kasus resiko tinggi yang ditemukan. (Syafudin, 2009). Dalam program KIA dikenal beberapa jenis tenaga yang memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat. Jenis tenaga tersebut adalah : (1) Tenaga profesional : dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan (PKE), perawat bidan. (2) Dukun Bayi yang di bagi dari dukun terlatih : ialah dukun bayi yang telah mendapatkan latihan oleh tenaga kesehatan yang dinyatakan lulus, dan tidak terlatih : ialah dukun bayi yang belum pernah dilatih oleh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus. Pertolongan persalinan oleh dukun bayi diharapkan memenuhi standar minimal “3 bersih”, yang meliputi bersih tangan penolong, bersih alat pemotong tali pusat dan bersih alas tempat ibu berbaring serta lingkungannya.

Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna, deteksi dini kehamilan beresiko perlu lebih digalakan baik di fasilitas pelayanan KIA maupun masyarakat. Dalam rangka itulah deteksi ibu hamil beresiko perlu difokuskan kepada keadaan yang menyebabkan kematian ibu bersalin di rumah dengan pertolongan dukun bayi. Semua kehamilan mempunyai resiko, resiko kehamilan yang tidak langsung, namun meningkatkan kematian, disebut

sebagai “ Faktor Resiko”, yaitu: (1) Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. (2) Anak lebih dari 4. (3) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang 2 tahun. (4) Tinggi badan kurang dari 145 cm. (5) Berat badan kurang dari 38 kg atau lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm. (6) Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital. (7) Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul.

Dewasa ini 45% kematian bayi terjadi pada usia kurang dari satu bulan. Penyebab utama dari kematian neonatal adalah tetanus neonatorum, gangguan yang timbul pada bayi berat lahir rendah (BBLR) dan asfiksia, upaya yang dilakukan untuk mencegah kematian neonatal diutamakan pada pemeliharaan kehamilan sebaik mungkin, pertolongan persalinan “3 bersih” dan perawatan bayi baru lahir yang adekuat termasuk perawatan tali pusat yang higienis.

Kajian Tentang Puskesmas

Keputusan Menteri Kesehatan No. 128/Menkes /SK/II /2004 menyatakan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Departemen Kesehatan, 2004). Sebagai UPT dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. (Bambang hartono, 2010).

Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas) di Indonesia mulai dikembangkan sejak dicanangkannya Pembangunan Jangka Panjang (PJP) yang pertama tahun 1971. Didahului

dengan beberapa proyek rintisan Puskesmas di beberapa provinsi. Pemerintah mengembangkan puskesmas dengan tujuan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang sebagian terbesar masih tinggal di pedesaan. Sebelum era tahun 70-an, kebijakan pembangunan sarana pelayanan kesehatan lebih banyak diarahkan untuk membangun Rumah Sakit yang umumnya terletak di perkotaan sehingga tidak mudah diakses oleh sebagian besar masyarakat yang tinggal di pedesaan. Puskesmas dibangun untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh dan terpadu bagi seluruh masyarakat yang tinggal di wilayah kerjanya. Program kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk melindungi penduduknya, termasuk mengembangkan program khusus untuk penduduk miskin.

Sesuai dengan peraturan Mendagri No. 5/74, Puskesmas secara administrasi berada di bawah administrasi Pemerintah Daerah Kabupaten (Bupati selaku kepala daerah), tetapi secara medis teknis mendapat pembinaan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi. Wewenang untuk menetapkan luas wilayah kerja Puskesmas dilakukan oleh Bupati/Walikota berdasarkan saran Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. (A.A.Gde Muninjaya, 2004).

Secara operasional, reformasi Puskesmas berarti harus ada upaya yang berkelanjutan, menyeluruh, terpadu, sistematis dan objektif sampai masyarakat benar-benar mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Dengan melakukan reformasi Puskesmas, diharapkan upaya untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan masyarakat, terutama yang potensial berkembang di wilayah kerja

Puskesmas dapat dilaksanakan secara efektif.

Untuk mengembangkan reformasi Puskesmas (peran yang berubah), ada tiga pendekatan yang dapat diterapkan. (1) Penentuan prioritas program Puskesmas. (2) Pengembangan program menjaga mutu. (3) Pengembangan swadana Puskesmas. (A.A.Gde Muninjaya, 2004)

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional. Yakni meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas, agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Untuk mencapai tujuan tersebut, ditetapkan tiga fungsi yang harus diperankan oleh Puskesmas, yaitu : (1) Puskesmas merupakan pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan. (2) Puskesmas merupakan pusat pemberdayaan masyarakat. (3) Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan strata pertama, yang terdiri atas pelayanan kesehatan individu dan pelayanan kesehatan masyarakat. (Bambang Hartono, 2010).

Untuk mewujudkan itu semua, pemerintah Kabupaten Gorontalo Utara khususnya Puskesmas Kwandang menerapkan Program AKI Nol atau tidak adanya kematian ibu hamil, melahirkan, dan ibu nifas yang persalinannya di tolong oleh tenaga kesehatan. Adapun indikator dari penerapan AKI Nol yaitu :

a. Data dan peta ibu hamil. Data adalah sesuatu yang digunakan untuk mengetahui jumlah ibu hamil. Peta adalah sesuatu yang digunakan untuk mengetahui keberadaan dari ibu hamil.

b. Penjaringan deteksi dini kehamilan berisiko yaitu salah satu cara untuk mendata atau mendeteksi keberadaan ibu hamil, apakah berisiko atau tidak.

c. Bidan tinggal di desayaitu tenaga yang berprofesi sebagai penolong persalinan yang tinggal di desa.

d. Kemitraan bidan dan dukun yaitu kerja sama antara tenaga kesehatan khususnya bidan dengan dukun kampung yang terlatih maupun tidak terlatih dalam proses persalinan.

PEMBAHASAN

1. Data dan Peta Ibu Hamil

Program AKI Nol adalah program unggulan Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara dengan harapan tidak terdapatnya kematian ibu hamil, melahirkan dan ibu nifas yang persalinannya di bantu oleh tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Gorontalo Utara. Penerapan Program AKI Nol di Puskesmas Kwandang sudah di jalankan dengan baik hanya saja kenyataannya masih ditemukan angka kematian di setiap tahun. Hal ini di pengaruhi oleh beberapa indikator yang belum tercapai.

Salah satu indikator pencapaian dari program AKI Nol yaitu Data dan Peta Ibu Hamil. Pendataan ibu hamil dilakukan oleh tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan khususnya bidan melakukan kegiatan penempelan stiker P4k dimana di dalamnya sudah termasuk pemasangan bendera di setiap rumah ibu hamil dan juga membantu merencanakan persalinan. Untuk ibu hamil yang beresiko di pasang bendera warna merah dan tidak beresiko di pasang bendera warna kuning. Berdasarkan data dari puskesmas di dapat bahwa jumlah ibu hamil tahun 2011 sebanyak 437 dan yang beresiko tinggi sebanyak 42. Dalam pendataan ibu hamil petugas kesehatan masih menemukan kendala yakni keberadaan dari ibu hamil yang tidak menetap di suatu tempat.

2. Penjaringan deteksi dini kehamilan beresiko

Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna, deteksi dini kehamilan beresiko perlu lebih digalakan baik di fasilitas pelayanan KIA maupun masyarakat. Dalam rangka itulah deteksi ibu hamil beresiko perlu difokuskan kepada keadaan yang menyebabkan kematian ibu bersalin di rumah dengan pertolongan dukun bayi.

Tujuan dari penjaringan deteksi dini kehamilan beresiko adalah untuk mengetahui keadaan dari ibu hamil apakah beresiko atau tidak serta bagaimana penanganannya apakah dilakukan secara terus-menerus atau tidak. Penjaringan deteksi dini kehamilan beresiko dapat dilakukan oleh bidan, kader dan juga dukun.

Di Puskesmas Kwandang sehubungan dengan penanganan ibu hamil yang beresiko dapat dilakukan seminggu sekali atau 2 minggu sekali bisa juga dilakukan terus-menerus tergantung dari faktor risiko apa yang ibu hamil alami. Misalnya untuk Ibu hamil yang menderita KEK maka dapat di rawat di bagian TFC untuk pemulihan status gizi dari ibu hamil tersebut.

3. Bidan tinggal di Desa

Bidan desa merupakan tenaga yang berprofesi sebagai penolong persalinan yang tinggal di desa. Untuk wilayah kerja Puskesmas Kwandang sebagian besar Bidan desa tidak tinggal di desa binaannya, karena tidak adanya tempat tinggal bidan misalnya poskesdes dan status dari bidan desa yang bukan asli daerah tersebut. Hal ini sudah menjadi masalah yang berlarut-larut dan sampai sekarang belum ada upaya pemerintah untuk menanggulangi permasalahan tersebut, hanya saja bidan desa sudah mempunyai pegangan berupa

taksiran persalinan sehingga mereka bisa mengatur jadwal kapan untuk menetap di desa binaannya.

Hal ini sangat bertolak belakang dengan peraturan pemerintah yang mengklaim bahwa persalinan harus dilakukan di sarana kesehatan minimal di rumah tunggu dan di tolong oleh tenaga kesehatan sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Kwandang tidak ada poskesdes dan juga bidan desa tidak tinggal di desa.

Hasil penelitian ini seiring dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Maya Rahmola tentang hubungan peranan bidan terhadap penurunan angka kematian ibu di kabupaten gorontalo utara tahun 2010, yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara keberadaan bidan dengan penurunan angka kematian ibu.

4. Kemitraan Bidan dan Dukun

Kemitraan Bidan dan Dukun adalah suatu bentuk kerja sama antara bidan dan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan, dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi, dengan menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalihfungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas, dengan berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat antara bidan dan dukun serta melibatkan seluruh unsur/elemen masyarakat yang ada. (<http://kesehatanibu.depkes.go.id/./126/program-kemitraan-bidan-dan-dukun>) diakses tanggal 14 April 2012.

Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah kerja Puskesmas Kwandang sudah di jalankan hanya saja masih ada beberapa dukun yang tidak mau bermitra dan juga masyarakat yang lebih percaya

menggunakan jasa dukun dibanding bidan.

Penelitian ini seiring dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Maya Rahmola tentang hubungan peranan bidan terhadap penurunan angka kematian ibu di kabupaten gorontalo utara tahun 2010, yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara kemitraan bidan dan dukun terhadap penurunan angka kematian ibu.

Untuk meningkatkan kemitraan antara bidan dan dukun, Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo memberikan biaya operasional sebesar Rp. 75.000 kepada dukun yang mendapati ibu hamil dan mengantarnya ke bidan sedangkan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara memberikan biaya operasional sebesar Rp. 50.000 kepada setiap dukun baik dia melakukan pertolongan atau tidak, diterima setiap 3 bulan sekali.

Simpulan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan beberapa informan, maka dapat ditarik kesimpulan yaitu sebagai berikut : (1) Untuk mengetahui keberadaan dari ibu hamil petugas kesehatan melakukan penempelan sriker P4k dimana di dalamnya sudah termasuk pemasangan bendera di tiap-tiap rumah ibu hamil. (2) Penjaringan deteksi dini kehamilan beresiko dilakukan sesuai dengan resiko yang di alami oleh ibu hamil tersebut dan penanganannya bisa lebih dari 2 minggu. (3) Masih banyaknya bidan desa yang tidak tinggal di desa binaannya sehingga menjadi masalah yang berlarut-larut sehubungan dengan Penerapan Program AKI Nol di Puskesmas Kwandang Kabupaten Gorontalo Utara Tahun 2012. (3) Kemitraan Bidan dan Dukun sudah berjalan dengan semestinya hanya saja kebudayaan dari masyarakat setempat yang masih mempercayai tenaga dukun dan tidak melibatkan bidan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjani, Ratih. 2007. *Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*, (<http://temboktiar.blogspot.com/.../angka-kematian-ibu-aki-dan-angka.html>) diakses tanggal 8/02/2012.
- Anonim <http://bascommetro.com/2009/05/aki-dan-akb-tahun-2007.html>) diakses tanggal 11/02/2012.
- Anonim <http://bataviase.co.id/content/angka-kematian-bayi-di-indonesia-tinggi>, diakses tanggal 15/02/2012
- Anonim <http://dinkes.gorontalo.web.id/index.php?Itemid=313aki>, diakses 18/02/2012).
- Anonim <http://gayahidup.inilah.com/read/detail/1800960/angka-kematian-ibu-dan-bayi-masih-tinggi> diakses tanggal 16/02/2012.
- Anonim <http://kesehatanibu.depkes.go.id/126/program-kemitraan-bidan-dan-dukun> diakses tanggal 14 April 2012.
- Badan Pusat Statistik, 2007. *Data Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*
- Badan Pusat Statistik, 2009. *Data tentang Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*
- Dinkes Kabupaten Gorontalo Utara, 2011. *Profil Angka Kematian Ibu Nol*
- FKM UG. 2012. *Pedoman Penulisan Skripsi*. Universitas Gorontalo.
- Hartono, Bambang. 2010. *Promosi Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Muninjaya, A.A.Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : EGC.
- Pogalad, Meikel. 2010. *Informasi kesehatan* <http://meikelpogalad.informasikesehatan.2010.blogspot.com>, diakses tanggal 15/02/2010.
- Profil Kesehatan, 2011, Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara.
- Profil Kesehatan, 2011, Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo.
- Profil Puskesmas Kwandang, 2011.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung : Alfabeta
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Syafrudin. 2009. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Kebidanan*. Jakarta : Trans Info Media.