

Kematian Ibu di Indonesia Dapatkah kita mencapai target MDGs 2015?*

A.B. SAIFUDDIN

*Departemen Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Jakarta*

PENDAHULUAN

Beberapa kesepakatan sebelum *Millennium Development Goals*

Walaupun kematian ibu telah lama menjadi masalah di negara-negara berkembang, baru pada 1987 untuk pertama kali diadakan Konferensi Internasional tentang Kematian Ibu di Nairobi, Kenya. Tahun 1988 Indonesia mengadakan Lokakarya Kesejahteraan Ibu sebagai tindak lanjut Konferensi Nairobi tersebut. Lokakarya mengemukakan betapa kompleksnya masalah kematian ibu sehingga penanganannya perlu dilaksanakan oleh berbagai sektor dan pihak terkait. Pada waktu itu ditandatangani kesepakatan oleh sejumlah 17 sektor dan sebagai koordinator ditetapkan Kantor Menteri Negara Urusan Peranan Wanita.

Pada 1990 diadakan *World Summit for Children* di New York, Amerika Serikat, yang membuahkan 7 tujuan utama, di antaranya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi separuh pada 2000. Konferensi tersebut dihadiri oleh wakil dari 127 negara, termasuk Indonesia. Tahun 1990-1991 Departemen Kesehatan dibantu oleh WHO, UNICEF, dan UNDP melaksanakan *Assessment Safe Motherhood*, yang menghasilkan Rekomendasi Rencana Kegiatan 5 Tahun. Departemen Kesehatan menerapkan rekomendasi tersebut dalam bentuk strategi operasional untuk mempercepat penurunan AKI. Sasarannya adalah menurunkan AKI dari 450 per 100.000 kelahiran hidup pada 1986 menjadi 225 pada 2000.

Tahun 1994 diadakan *International Conference on Population and Development (ICPD)* di Kairo, Mesir, yang menyatakan bahwa kebutuhan kesehatan reproduksi pria dan wanita sangat vital bagi pembangunan sosial dan pengembangan SDM. Pelayanan kesehatan dinyatakan sebagai bagian integral dari pelayanan dasar yang harus terjangkau

seluruh masyarakat. Di dalamnya termasuk pelayanan kesehatan ibu yang berupaya agar setiap ibu hamil dapat melalui kehamilan dan persalinannya dengan selamat.

Tahun 1995 di Beijing, Cina, diadakan *Fourth World Conference on Women*, kemudian pada 1997 di Colombo, Sri Lanka, diselenggarakan *Safe Motherhood Technical Consultation*. Kedua konferensi internasional ini menekankan perlu dipercepatnya penurunan AKI pada tahun 2000. Pada pertemuan Colombo ditinjau kemajuan selama 10 tahun terakhir sesudah Nairobi. Disimpulkan bahwa meskipun investasi terbatas, dengan intervensi kebijakan dan program efektif, AKI masih dapat turun.

Awal 1996 Departemen Kesehatan mengadakan Lokakarya Kesehatan Reproduksi yang menunjukkan komitmen Indonesia untuk melaksanakan upaya kesehatan reproduksi sebagaimana dinyatakan dalam ICPD Kairo. Tahun itu juga diluncurkan Gerakan Sayang Ibu, suatu upaya advokasi dan mobilisasi sosial untuk mendukung upaya percepatan penurunan AKI.

Pada 1999 WHO meluncurkan strategi *Making Pregnancy Safer (MPS)* didukung oleh badan-badan internasional seperti UNFPA, UNICEF, dan World Bank. Pada dasarnya MPS meminta perhatian pemerintah dan masyarakat di setiap negara untuk:

- menempatkan *Safe Motherhood* sebagai prioritas utama dalam rencana pembangunan nasional dan internasional;
- menyusun acuan nasional dan standar pelayanan maternal, antenatal, dan neonatal;
- mengembangkan sistem yang menjamin pelaksanaan standar yang telah disusun;
- memperbaiki akses pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, KB, dan aborsi legal;
- meningkatkan upaya kesehatan promotif dalam

* Pidato Purnajabatan Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta 23 Agustus 2005

kesehatan maternal dan neonatal dan pengendalian fertilitas pada tingkat keluarga dan lingkungan;

- memperbaiki sistem monitoring pelayanan maternal, antenatal, dan neonatal.

Pada tahun 2000 Indonesia mencanangkan *Making Pregnancy Safer*, dan setahun kemudian berhasil menurunkan Rencana Strategis Nasional MPS di Indonesia 2001-2010. Tiga pesan kunci MPS adalah (1) setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terampil; (2) setiap komplikasi obstetrik dan neonatal ditangani secara adekuat; dan (3) setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanggulangan komplikasi keguguran tidak aman. Rencana strategis telah menjabarkan lebih lanjut tentang visi, misi, tujuan, target, strategi, dan program-program pokok. Dalam hal penurunan AKI ditargetkan mencapai 125/100.000 pada tahun 2010.

Berbagai konferensi internasional yang telah menghasilkan rencana dan rekomendasi sebagaimana sebagian diuraikan di atas rupa-rupanya memerlukan suatu kerangka bersama yang lebih sederhana. Sekjen Perserikatan Bangsa-Bangsa, Kofi Annan, pada pergantian abad ke-21 dalam *Millennium Summit*, September 2000, di New York, Amerika Serikat, mengusulkan suatu kerangka prioritas pembangunan bersama yang disebut sebagai *Millennium Declaration*. Deklarasi ini melengkapi dokumen ICPD atau merupakan turunan dari ICPD. Secara kuantitatif ICPD menurunkan *Millennium Development Goals* (MDGs) sampai tahun 2015. Bulan September 2005 yang akan datang akan diadakan penilaian (*Millennium +5*) sampai seberapa jauh target telah dicapai oleh negara-negara anggota PBB.

Millennium Development Goals (MDGs)

MDGs yang dicanangkan oleh PBB tahun 2000 tersebut telah disepakati oleh 191 negara anggota PBB yang meliputi 8 goal dan 18 target yang harus dicapai pada 2015. Goal dan target tersebut secara singkat diuraikan sebagai berikut.¹

Goal 1: Meniadakan kemiskinan dan kelaparan ekstrem

- Mengurangi hingga setengah jumlah orang yang hidup dengan biaya kurang dari satu dolar AS per hari.
- Mengurangi hingga setengah proporsi penduduk dunia yang menderita kelaparan.

Goal 2: Memperoleh pendidikan dasar secara universal

- Memastikan bahwa semua anak lelaki

dan perempuan menyelesaikan pendidikan dasar.

Goal 3: Meningkatkan kesetaraan gender dan memberdayakan perempuan

- Menghilangkan kesenjangan gender di tingkat sekolah dasar dan sekolah lanjutan tingkat pertama, kalau dapat pada 2005, dan paling lambat pada 2015.

Goal 4: Mengurangi tingkat kematian anak

- Mengurangi hingga dua pertiga tingkat kematian anak di bawah usia lima tahun.

Goal 5: Memperbaiki kesehatan ibu

- Mengurangi hingga tiga perempat tingkat kematian ibu.

Goal 6: Memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit-penyakit lainnya

- Menghentikan dan mencegah penyebaran HIV/AIDS.
- Menghentikan dan mencegah wabah malaria dan penyakit utama lainnya.

Goal 7: Menjamin kelestarian lingkungan hidup

- Mengintegrasikan prinsip pembangunan berkesinambungan lewat kebijakan dan penyusunan program, serta mencegah kerusakan sumber daya alam.
- Mengurangi hingga setengah proporsi penduduk yang tidak memiliki akses terhadap air bersih untuk diminum.
- Mencapai secara signifikan perbaikan hidup dari setidaknya 100 juta penduduk dunia yang hidup di daerah-daerah kumuh.

Goal 8: Membangun kerja sama global untuk pembangunan

- Menciptakan sistem perdagangan dan keuangan lewat sebuah peraturan internasional, menciptakan aturan yang tidak diskriminatif dan bisa diterapkan di semua negara, termasuk adanya komitmen untuk menciptakan pemerintahan yang baik, program pembangunan, dan program pengurangan kemiskinan (di tingkat nasional maupun internasional).
- Memenuhi kebutuhan khusus yang paling diperlukan oleh negara-negara terbelakang (termasuk pembebasan tarif atau kuota atas ekspor negara terbelakang; meningkatkan porsi utang yang dihapuskan, penghapusan utang pemerintah secara bilateral; dan memberikan bantuan

pembangunan dalam rangka pengurangan kemiskinan).

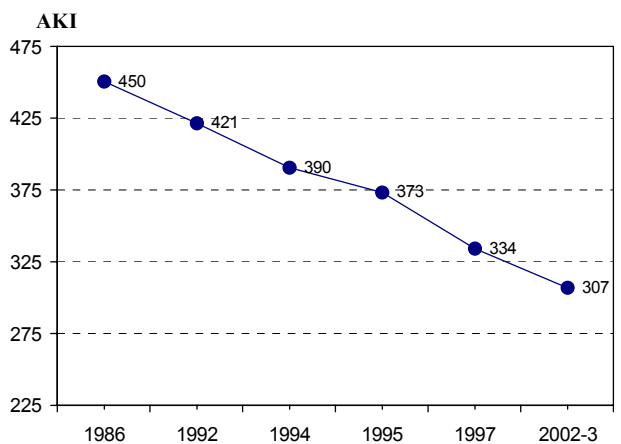
- Mengatasi kebutuhan khusus daerah terpencil di negara-negara berkembang.
- Mengupayakan secara komprehensif utang-utang negara berkembang lewat perangkat nasional dan internasional agar utang tidak lagi menjadi beban.
- Bekerja sama dengan negara-negara berkembang, menyusun, dan mengimplementasikan strategi lapangan kerja produktif untuk pemuda.
- Meningkatkan kerja sama dengan perusahaan farmasi agar tersedia akses bagi warga termiskin di negara berkembang untuk mendapatkan obat-obatan.
- Bekerja sama dengan sektor swasta dalam rangka penyebaran teknologi, terutama teknologi informasi dan komunikasi, bagi semua negara yang paling membutuhkan.

Diskusi kita pada hari ini membatasi pembahasan hanya pada Goal 5, yaitu "Memperbaiki Kesehatan Ibu" dengan target "Mengurangi hingga $\frac{3}{4}$ tingkat kematian ibu". Itu pun hanya secara singkat dan terfokus pada Indonesia saja.

ANALISIS SITUASI KEMATIAN IBU DI INDONESIA

Kecenderungan Penurunan AKI: Lamban

Indonesia belum mempunyai sistem statistik vital yang dapat memberikan informasi secara lengkap tentang AKI. Angka-angka yang digunakan sampai saat ini merupakan perkiraan AKI yang diperoleh baik dari Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT)



Sumber: 1986:HHS; 1992:HHS 1994:DHS 1995:HHS 1997&2002-3:DHS

Gambar 1. Kecenderungan Penurunan AKI di Indonesia

maupun Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Dari data ini diperoleh kecenderungan AKI sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 1.

Dari gambar tersebut tampak telah terjadi penurunan AKI dari 450 (tahun 1986) menjadi 307 (tahun 2002-2003). Namun, penurunan ini tidak setajam yang diharapkan.² Pada 1990 telah dicanangkan untuk mencapai AKI 50% dari 450 pada tahun 2000; yang ternyata tidak tercapai. Pada tahun 2000 kembali dicanangkan untuk mencapai AKI 125 pada tahun 2010, sedangkan menurut target 6 MDGs kita harus dapat mencapai 100 pada tahun 2015. Melihat perkembangan penurunan AKI 20 tahun terakhir ini kiranya target yang diinginkan baik pada 2010 maupun 2015 sangat sulit untuk dicapai, kecuali ada terobosan serta upaya khusus yang dilakukan pemerintah bersama masyarakat.

Selain masalah tingginya AKI secara nasional, didapatkan pula masalah disparitas antardaerah di Indonesia. Perkiraan tahun 1995 menunjukkan bahwa AKI terendah adalah di Jawa Tengah (248), sedangkan di beberapa provinsi lain masih sangat tinggi, misalnya Maluku (796), Papua (1.025), Jawa Barat (686), dan Nusa Tenggara Timur (554).³

Penyebab Utama Kematian Ibu

Penyebab kematian ibu sejak dahulu tidak banyak berubah, yaitu perdarahan, eklampsia, komplikasi aborsi, partus macet, dan sepsis. Perdarahan yang bertanggung jawab atas sekitar 28% kematian ibu, sering tidak dapat diperkirakan dan terjadi tiba-tiba.² Sebagian besar perdarahan terjadi pascapersalinan, baik karena atonia uteri maupun sisa plasenta. Hal ini menunjukkan penanganan kala III yang kurang optimal dan kegagalan sistem pelayanan kesehatan menangani kedaruratan obstetri dan neonatal secara cepat dan tepat. Eklampsia merupakan penyebab nomor 2, yaitu sebanyak 13% kematian ibu.² Sebenarnya kematian karena eklampsia dapat dicegah dengan pemantauan dan asuhan antenatal yang baik serta dengan teknologi sederhana.

Aborsi tidak aman merupakan penyebab dari 11% kematian ibu (secara global 13%).⁴ Kematian ini dapat dicegah jika ibu mempunyai akses terhadap informasi dan pelayanan kontrasepsi dan asuhan pascakeguguran. SDKI 2002-2003 menunjukkan adanya 7,2% kehamilan merupakan yang tidak diinginkan.² Kontrasepsi berperan penting dalam menurunkan angka kehamilan yang tidak diinginkan dan kematian akibat abortus tidak aman. Data SDKI 2002-2003 menunjukkan *unmet need* untuk kontrasepsi sebanyak 9%. Terdapat sedikit kenaikan tingkat prevalensi kontrasepsi, dari 50,5% (1992)

menjadi 54,2% (2002), sedangkan SDKI 2002-2003 memperoleh angka 60,3%.²

Penyebab kematian ibu lainnya adalah sepsis, merupakan kontributor 10% kematian ibu di Indonesia (secara global 15%). Sepsis pun dapat dicegah dengan melakukan pertolongan persalinan bersih, deteksi dini infeksi, dan asuhan nifas yang baik. Partus macet berkontribusi sekitar 9% kematian ibu di Indonesia.

Penyebab Lainnya

Risiko kematian ibu dapat ditambah dengan adanya anemia, penyakit infeksi seperti malaria, tbc, hepatitis, atau HIV/AIDS. Pada 1995 prevalensi anemia adalah 51% pada ibu hamil. Anemia dalam kehamilan akan mengakibatkan meningkatnya risiko keguguran, prematuritas, atau berat bayi lahir rendah. Defisiensi energi kronis merupakan penyebab lain kematian ibu. Status sosioekonomi keluarga, pendidikan, budaya, akses terhadap fasilitas kesehatan, serta transportasi juga berperan pada kematian ibu.

Di samping pelbagai penyebab yang diuraikan di atas, Indonesia masih menghadapi berbagai masalah yang secara langsung ataupun tidak langsung berperan "mempersulit" upaya penurunan AKI, seperti masalah pertumbuhan penduduk, transisi demografi, desentralisasi, utilisasi fasilitas kesehatan, pendanaan, dan kurangnya koordinasi instansi terkait baik di dalam negeri maupun bantuan dari luar negeri.

Peran Tenaga Kesehatan Terampil Sebagai Penolong Persalinan

Pola kematian ibu menunjukkan perlunya pelayanan emergensi obstetri dan neonatal dan tersedianya tenaga kesehatan terampil sebagai penolong persalinan. Secara nasional persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil meningkat dari 40,7% (1992) menjadi 68,4% (2002), walaupun angka ini bervariasi dari suatu provinsi ke provinsi lain. Sulawesi Tenggara mempunyai angka terendah (35%) sedangkan DKI Jakarta tertinggi (90%) pada tahun 2002. Variasi terjadi juga berdasar tingkat penghasilan. Hanya 21,3% ibu GAKIN yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil, sedangkan ibu-ibu dengan tingkat ekonomi lebih baik sebanyak 89,2%.⁵

LESSONS LEARNED

Keberhasilan dan Kegagalan Negara-Negara Jiran: Kuncinya pada Sistem Kesehatan

Negara-negara industri berhasil menurunkan tingkat kematian ibu sampai 50% pada awal abad ke-20 de-

ngan menyediakan pelayanan kebidanan secara profesional pada saat persalinan. Kemudian angka kematian lebih turun lagi sampai tingkat sekarang dengan memperbaiki akses ke rumah sakit sesudah Perang Dunia II. Beberapa negara berkembang berhasil "meniru" pengalaman negara maju tersebut dalam beberapa dekade terakhir. Sri Lanka mempunyai AKI di atas 1.500 per 100.000 pada paruh pertama abad ke 20, walaupun sudah melaksanakan *antenatal care* selama 20 tahun. Pelayanan kebidanan telah mulai dilaksanakan secara profesional, tetapi akses sangat terbatas. Sekitar tahun 1950 AKI mulai turun dengan perbaikan akses dan pembangunan fasilitas kesehatan di seluruh negeri. AKI berhasil diturunkan menjadi 80-100 per 100.000 pada tahun 1975. Perbaikan manajemen dan kendali mutu kemudian berhasil menurunkan AKI menjadi 30 pada tahun 1990-an.⁷

Malaysia sejak 1923 telah melaksanakan pelayanan kebidanan secara profesional. AKI yang sekitar 500 per 100.000 pada 1950 berhasil diturunkan menjadi 250 pada 1960. Kemudian Malaysia memperluas program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sampai ke pelosok-pelosok desa dengan menyediakan pusat-pusat persalinan risiko rendah yang didukung oleh pelayanan rujukan yang tangguh dan kendali mutu yang ketat dan intensif. Upaya ini berhasil menekan AKI sampai 100 pada 1975, dan menjadi di bawah 50 pada 1980-an.⁸

Sampai 1960-an Thailand masih mempunyai AKI di atas 400 per 100.000; kira-kira sama dengan Inggris tahun 1900-an atau Amerika Serikat tahun 1939. Tahun 1960-an dukun berangsur-angsur digantikan oleh bidan bersertifikat. Hasilnya, dalam waktu 10 tahun AKI turun menjadi 200-250 per 100.000. Pada 1970-an, dengan penambahan bidan-bidan yang merupakan ujung tombak pelayanan AKI turun menjadi separuhnya. Upaya kemudian dilanjutkan dengan meningkatkan fasilitas rumah sakit di daerah, baik secara fisik maupun tenaga dokter sampai 4 kali lipat. Hasilnya, pada 1990, AKI dapat turun sampai di bawah 50 per 100.000.⁹

Mesir berhasil menurunkan AKI sampai 50% dalam waktu 8 tahun, dari 174 (1993) menjadi 84 per 100.000 (2000); dengan meningkatkan proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil dan meningkatkan akses pada pelayanan emergensi obstetrik.⁹

Honduras berhasil menurunkan AKI dari 182 menjadi 108 per 100.000 selama periode 1990-1999 dengan membuka dan memfungsikan 7 rumah sakit rujukan dan 226 puskesmas dan meningkatkan jumlah tenaga kesehatan terampil untuk menolong persalinan.⁹

Sementara itu, kita juga dapat menyaksikan kisah-kisah kegagalan di beberapa negara yang terutama

disebabkan oleh tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan di sana. Tidak adanya akses pada pelayanan oleh tenaga kesehatan terlatih terjadi di Malawi dan Mongolia. Terpecahnya Uni Soviet menjadi beberapa negara merdeka baru pada 1991, diikuti dengan hancurnya sistem pelayanan kesehatan telah mengakibatkan meningkatnya persalinan di rumah tanpa pertolongan tenaga kesehatan terampil terlatih, dengan akibat AKI meningkat. Akibat perang Irak, sistem pelayanan kesehatan yang semula tertata baik menjadi berantakan. Akibatnya, AKI naik dari 50 pada 1989 menjadi 117 pada 1999.⁹

Pelayanan oleh Tenaga Kesehatan Terampil: Reorientasi Kategori Pelayanan Persalinan

Pengalaman negara-negara yang telah berhasil mengendalikan AKI memberi pelajaran tentang 3 hal. Pertama, para penentu kebijakan dan para pengelola sadar betul bahwa ada masalah, dan masalah tersebut dapat diatasi, sehingga diambil keputusan untuk segera bertindak. Kedua, mereka memilih strategi yang sederhana saja, yaitu bukan hanya asuhan antenatal, tetapi juga asuhan profesional saat dan pascapersalinan untuk **semua** ibu oleh tenaga kesehatan terampil, dengan di-*back up* oleh pelayanan rumah sakit. Ketiga, mereka yakin bahwa akses pada semua pelayanan ini secara finansial dan geografis tersedia untuk seluruh penduduk.

Jika informasi tentang 3 hal itu kurang, komitmen kurang, serta akses tidak tercapai, maka hasilnya tidak akan seperti yang diharapkan. Pelayanan secara profesional oleh tenaga kesehatan terampil itulah yang diharapkan oleh ibu-ibu dan keluarganya. Barangkali kesalahan kita sampai saat ini mem-bagi-bagi pelayanan persalinan dalam beberapa kategori seperti pelayanan persalinan normal, pelayanan obstetri emergensi dasar dan pelayanan obstetri emergensi komprehensif. Hal ini dapat membingungkan bukan hanya bagi pasien, tetapi juga petugas kesehatan dan institusi pendidikannya. Sebenarnya perbedaan pelayanan dasar dan komprehensif adalah pada fasilitasnya, bukan pada kemampuan tenaga kesehatan.

Mendekatkan Pelayanan yang Aman pada Ibu

Semua kehamilan dan persalinan, bukan hanya yang berisiko, memerlukan pelayanan profesional oleh tenaga kesehatan terampil. Konsepnya adalah persalinan yang membutuhkan kedekatan dengan tempat dan cara ibu itu hidup, dekat dengan budayanya. Namun pada saat yang sama tenaga profesional terampil tersedia dan setiap saat dapat berbuat sesuatu bila-

mana terjadi komplikasi. Jenis pelayanan seperti ini diharapkan dapat responsif, terjangkau dan tenaga kesehatan harus kompeten dalam melaksanakan kegiatannya. Tingkat pelayanan ini mungkin lebih baik disebut sebagai pelayanan tingkat pertama, bukan pelayanan "primer", "dasar", atau "normal" seperti yang kita pakai sekarang. Sebab, walaupun di tingkat pertama, komplikasi setiap saat dapat terjadi, sehingga tenaga kesehatan yang bertugas harus mampu bertindak. Pelayanan seperti partograf, dukungan psikologis, mulai menyusui bayinya harus sudah dilaksanakan pada tingkat ini. Tindakan tertentu seperti pengeluaran plasenta manual dan resusitasi bayi baru lahir harus dapat dilakukan jika diperlukan. Oleh karena itu, petugas kesehatan harus benar-benar kompeten dan tidak setengah-setengah. Bidan yang diluluskan dari sekolah-sekolah atau akademi kebidanan harus benar-benar kompeten baik di bidang *knowledge, skill*, maupun *attitude*. Menghasilkan bidan atau dokter yang tidak kompeten hanya akan menambah tingginya angka kematian ibu dan bayi saja.

Tabel 1. Gambaran tentang pelayanan kesehatan maternal dan neonatal tingkat I dan *back up*-nya

	Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal Tingkat I	Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal "back up"
Kekhususan	• Sedekat mungkin dengan ibu, tetapi tetap profesional	• Rujukan
Untuk siapa	• Untuk semua ibu hamil dan bayi baru lahir	• Untuk ibu hamil atau bayi baru lahir dengan masalah yang tidak dapat ditangani di Tingkat I
Oleh siapa	• Bidan atau dokter umum terampil	• Sebaiknya oleh tim yang terdiri atas Obgin dan Dokter Anak. Kalau spesialis tidak ada, boleh dokter umum terampil
Di mana	• Di praktik bidan, RB, Puskesmas, atau di RS	• Di Rumah Sakit

Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal tingkat I yang dekat dengan ibu dimaksud bukanlah semata-mata pelayanan persalinan normal. Pelayanan ini mempunyai 3 fungsi berikut. Pertama, persalinan dilakukan pada suasana terbaik dalam membangun hubungan interpersonal antara ibu hamil dan tenaga kesehatan. Kedua, mengatasi komplikasi jika terjadi sehingga tidak berkembang menjadi komplikasi yang membahayakan jiwa ibu. Ketiga, segera bertindak jika terjadi komplikasi yang membahayakan jiwa ibu, baik secara langsung atau merujuk ke fasilitas *back up* yang telah tersedia.

Bedanya dengan sistem sekarang adalah bahwa pelayanan tingkat I tidak hanya melayani persalinan normal saja, tetapi juga melayani emergensi. Hal ini dilakukan baik sebelum membahayakan jiwa ibu

(misalnya pada anemia), maupun mencegah komplikasi (misalnya pada penanganan aktif kala III). Tenaga kesehatan juga harus mampu melakukan tindakan seperti ekstraksi vakum pada gawat janin dan tindakan-tindakan emergensi lainnya.

Pelayanan tingkat I seyogianya diadakan di tempat-tempat pelayanan oleh bidan, dengan keterampilan profisien, peralatan cukup, dan kemampuan evaluasi emergensi yang cepat dan tepat. Akan lebih baik jika pada fasilitas tingkat I ini terdapat beberapa orang tenaga kesehatan terampil, tidak hanya seorang diri. Di rumah sakit pun perlu ada pelayanan tingkat I, tetapi perlu diusahakan agar suasana dan karakteristiknya dibangun sedemikian agar dekat dengan ibu dan tidak terkesan seram dengan dinding-dinding rumah sakit seperti lazimnya.

Jika Ada Komplikasi

Sebagian kecil ibu dan bayi baru lahir mengalami masalah yang memerlukan penanganan lebih kompleks. Oleh karena itu, perlu rumah sakit *back up* untuk membantu menangani masalah atau komplikasi yang terjadi. Kriteria pengiriman ke *back up* bukan hanya apakah komplikasi itu membahayakan jiwa atau emergensi, tetapi juga kompleksitasnya. Pada fasilitas *back up*, sebaiknya tersedia dokter obgin, dokter anak, atau sekurang-kurangnya dokter umum terampil, tersedia 24 jam sehari, dan hubungan antara tingkat I dengan *back up* harus sangat baik.

Dengan perkataan lain, harus diciptakan suatu *networking* antara fasilitas *back up* dengan beberapa fasilitas pelayanan tingkat I. Jadi, fasilitas ini tidak berdiri sendiri tanpa jaringan.

Jangan Lupakan Masa Nifas

Masa nifas masih potensial mengalami komplikasi sehingga perlu perhatian dari tenaga kesehatan. Kematian ibu masih dapat terjadi pada masa ini karena perdarahan atau sepsis, serta kematian bayi baru lahir. Ibu-ibu pascapersalinan, lebih-lebih yang sosio-ekonomi dan pendidikan kurang, sering tidak mengerti potensi bahaya masa nifas ini. Mereka yang melahirkan di rumah, sering tidak memperoleh pelayanan nifas. Umumnya kita menganjurkan agar ibu memeriksakan diri 6 minggu pascapersalinan, yang sesungguhnya kurang efektif. Lebih-lebih bila pemeriksaan ini dilakukan oleh orang yang berbeda, serta lokasi yang berbeda pula dengan lokasi persalinan. Sering kita lihat angka kunjungan pascapersalinan rendah, tanpa ada upaya memperbaikinya.

HARAPAN IBU DAN KELUARGANYA

Sebagai tenaga kesehatan kiranya perlu juga kita mendengar bagaimana harapan ibu-ibu dan keluarganya yang seyogianya merupakan subjek dari semua rekomendasi dan upaya yang telah, sedang, dan akan dilakukan untuk menurunkan AKI. Saya sangat terkesan pada tulisan Profesor Mahmoud F. Fathalla, dari Assiut University, Mesir, sebagaimana dapat dibaca dalam *Studies in Family Planning* Volum 36, nomor 2, Juni 2005, sebagai berikut.¹⁰

In the rural community of Upper Egypt, which I have been honored to serve, villagers have never heard of The United Nations Millennium Development Goals (MDGs), the Millennium Declaration, or the Millennium Project. Neither Kofi Annan nor Jeffrey Sachs is a household name. But if women and men could afford the leisure to dream, they could see what their life would be like if things changed around them and changed for them. They would dream of a community where everyone possesses the simple basic necessities for a decent living, where no member of community has to go to sleep with an empty stomach, where all children, including girls, have access to education, where beloved infants and children do not die before the eyes of helpless parents, where mother can take the risky journey through pregnancy and childbirth and return safely and joyfully to their families, where women are free of the tyranny of excessive child-bearing and are safe from violence or the risk of it, where no woman will risk death because of unwanted pregnancy, where people no longer live under the constant threat of endemic and epidemic diseases, where the water they drink is safe, and where everyone has access to basic health services and medicines. But today they know that these are only dream. If you told them that governments have adopted their dreams and pledged to realize them, their skepticism would be difficult to hide. Such a pledge is a tune they have heard many times. They would become even more skeptical if they heard their government's quantitative targets. If you told them that the proportion of the poor in their country will be reduced by one half, they would guess, probably correctly, which half will include them.

PENUTUP

Tujuan kita masih jauh, sementara waktu tinggal 10 tahun. Dapatkah kita mencapai target yang telah disepakati AKI 125/100.000 pada 2010 dan 100/

100.000 pada 2015? Padahal, saat ini masih 307/100.000? Kalau cara kerja kita masih seperti sekarang, sudah dapat dipastikan kita akan gagal. Oleh karena itu, kita harus berubah. Teknologinya sudah tersedia, tinggal membenahi sistem dan orangnya. Kalau Cina yang sebesar itu mampu atau Srilanka yang sedemikian miskin sudah berhasil, mengapa kita harus gagal?

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada Dr. Sri Hermiyanti, MSc, Direktur Direktorat Kesehatan Keluarga Ditjen Bina Kesmas Departemen Kesehatan RI dan Mr. Russ Vogel yang telah membantu memberi bahan-bahan untuk tulisan ini.

RUJUKAN

1. UN Millennium Project. Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. Overview Report. New York: Earthscan, 2005.
2. BPS, Statistics Indonesia & ORC Macro. Indonesia Demographic and Health Surveys 2002-2003. Maryland: 2003.
3. Soemantri S (Eds). Maternal Morbidity and Mortality Study: CHN-III/HHS 1995. Jakarta: MOH, 1999.
4. Ditjen Bina Kesmas Depkes RI. Upaya Penurunan AKI di Indonesia, Jakarta: MDG Working Group, 2003.
5. WHO. The MDG for Health: A Review of the Indicators. Jakarta: 2002.
6. Departemen Kesehatan RI. Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer di Indonesia 2001-2010. Jakarta: 2001.
7. Seneviratne HR, Rajapaksa LC. Safe Motherhood in Sri Lanka: a 100 year march. Int J Gynecol Obstet 2000; 70: 113.
8. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing Delivery Care: What works for safe motherhood? Bull Wld Hlth Org 1999; 77: 399.
9. The World Health Report 2005. Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005: 61.
10. Fathalla MF. The Reproductive Health Community: A Valuable Asset for Achieving the MDGs. Stud Fam Plan 2005; 36: 135.