

# MODEL SOSIO EKOLOGI PERILAKU KESEHATAN DAN PENDEKATAN *CONTINUUM OF CARE* UNTUK MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN IBU

**Sri Sumarmi**

Departemen Gizi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Airlangga, Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

Alamat Korespondensi:

Sri Sumarmi

Email: msrisumarmi@gmail.com

## **ABSTRACT**

*Maternal mortality rate is the important health indicator which is used as a component of Nation Development Index or quality of life index in all countries in the world. It is the most sensitive indicator among other health indicators to assess health status or quality of life in a country. Recently, Indonesia faces an inconvenience situation when a surprise increasing of maternal mortality rate was launched by national health survey, reflected an un-successful effort to achieve Millenium Development Goals (MDGs) target 2015 or the Sustainable Development Goals (SDGs). Reducing maternal mortality rate in Indonesia is a big challenge, because maternal mortality is a multi-causes problem. Furthermore, various factors may play a role as the root causes that could not be addressed only through health interventions, but should involve multi-sectoral approach. Base on thus issues, this paper will discuss appropriate strategies to reduce maternal mortality in Indonesia by combining concept of socio ecological model of health behavior and continuum of care approach.*

**Keywords:** *Maternal Mortality Rate, Socio Ecological Model, continuum of care*

## **ABSTRAK**

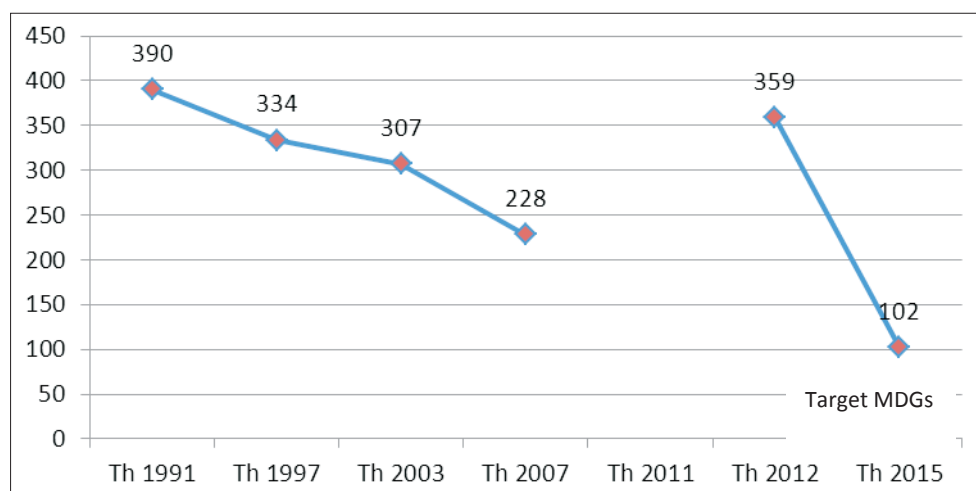
Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator penting untuk melihat derajat kesehatan suatu bangsa dan menjadi salah satu komponen indeks pembangunan maupun indeks kualitas hidup. AKI merupakan indikator paling sensitif untuk menilai derajat kesehatan dan kualitas hidup suatu bangsa. Beberapa tahun terakhir Indonesia dikejutkan dengan peningkatan AKI yang fantastis pada tahun 2015, yang mencerminkan kegagalan dalam pencapaian target penurunan angka kematian ibu sesuai *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015 atau *Sustainable Development Goals* (SDGs). Menurunkan angka kematian ibu melahirkan merupakan tantangan besar bagi bangsa Indonesia, karena kematian ibu melahirkan Indonesia disebabkan oleh multi faktor. Berbagai faktor dapat menjadi akar masalah yang mungkin belum dapat disentuh hanya melalui program kesehatan, namun harus melibatkan berbagai sektor. Oleh karena itu, upaya penurunan angka kematian ibu harus dilakukan dengan berbagai pendekatan dan mengaplikasikan konsep yang bersifat komprehensif. Tulisan ini membahas strategi dalam menurunkan AKI di Indonesia dengan memadukan konsep atau model sosio ekologi (MSE) perilaku kesehatan (*socio ecological model of health behavior*) dengan pendekatan *continuum of care*.

**Kata kunci:** *Angka Kematian Ibu, Model Sosio Ekologi, continuum of care*

## **PENDAHULUAN**

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan dan menjadi salah satu komponen indeks pembangunan maupun indeks kualitas hidup. Menurut

*International Classification of Diseases* (ICD)-10 definisi kematian ibu (*maternal death*) adalah “kematian ibu selama masa kehamilan atau dalam waktu 42 hari setelah akhir kehamilannya (pascapersalinan), dengan berbagai macam penyebab yang



Sumber: SDKI, 2013

**Gambar 1.** Angka kematian ibu dari tahun 1991–2007 dan target MDG tahun 2015.  
(Data disajikan per 100 ribu kelahiran hidup)

berhubungan atau diperburuk oleh kehamilan atau manajemennya, akan tetapi bukan karena kasus kecelakaan (*accidental*) atau yang terjadi secara *insidental*” (WHO, 1999). Perhitungan atau angka yang paling sering digunakan untuk kematian ibu dikenal sebagai *maternal mortality ratio* (kadang-kadang salah kaprah digunakan “*rate*”), adalah jumlah kematian ibu dalam suatu populasi yang terjadi dalam waktu satu tahun per 100 000 kelahiran hidup. Jumlah ini merupakan representasi risiko pada kehamilan tunggal (*single pregnancy*) (WHO & Unicef, 2001).

Lebih dari setengah juta wanita berusia 15–49 tahun meninggal karena kasus yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan, dan menjadi penyebab utama kematian wanita pada kelompok usia tersebut. Hampir semua (99%) kematian ibu terjadi di negara sedang berkembang. Penyebab dari mayoritas kasus kematian ibu sesungguhnya dapat dicegah, dan diperkirakan lebih dari 40% wanita hamil memiliki risiko kelainan obstetri yang tidak terlalu fatal. Sekitar 15% kelahiran terjadi komplikasi karena keadaan fatal yang membutuhkan perawatan emergensi (WHO, 2001). Oleh karena tingginya kasus serta luasnya dampak dari kematian ibu maka kematian ibu menjadi

salah satu tujuan (*goal*) dari pembangunan milenium atau Milenium Development Goals (MDGs), menjadi tujuan yang ke 5 untuk meningkatkan kesehatan ibu (Bappenas, 2012).

Saat ini Indonesia mengalami kegagalan dalam pencapaian target penurunan angka kematian ibu. Sejak tahun 1994 telah terjadi penurunan angka kematian ibu secara bertahap dari 390 per 100 000 kelahiran hidup menjadi 334 per kelahiran hidup pada tahun 1997, dan semakin turun pada tahun 2007 menjadi 228 per 100 000 kelahiran hidup (Bappenas, 2012), namun terjadi peningkatan drastis pada tahun 2012. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 angka kematian ibu melonjak sangat signifikan menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup.

Mencermati fakta mengejutkan mengenai tingginya angka kematian ibu di Indonesia dalam dua tahun terakhir, hal ini menjadi pertanyaan besar bagi kita apa yang menjadi penyebabnya? Bagaimana kontribusi berbagai program di sektor kesehatan selama ini dijalankan? Fenomena melonjaknya angka kematian ibu terutama dijumpai di beberapa daerah di Indonesia, terutama di Propinsi Jawa Timur.

Menurunkan angka kematian ibu melahirkan merupakan tantangan besar bagi kita semua karena masalah ini tidak hanya disebabkan oleh faktor tunggal. Berbagai faktor dapat menjadi akar masalah yang mungkin belum atau sulit disentuh melalui program kesehatan saja. Oleh karena itu upaya penurunan angka kematian ibu harus dilakukan dengan berbagai pendekatan dan mengaplikasikan konsep yang bersifat komprehensif. Tulisan ini akan membahas tentang bagaimana memadukan konsep sosio ekologi perilaku kesehatan (*socio ecological model of health behavior*) dengan pendekatan *continuum of care*. Pembahasan akan difokuskan pada kasus tingginya angka kematian ibu di Propinsi Jawa Timur.

#### Angka kematian ibu di Indonesia, Jawa Timur dan Kota Surabaya

Data angka kematian ibu di Indonesia diperoleh dari beberapa sumber seperti data sensus penduduk atau dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 angka kematian ibu melonjak sangat signifikan dari tahun sebelumnya. Tabel 1 menampilkan data mortalitas atau angka kematian ibu (AKI) di Indonesia yang mengalami fluktuasi.

Angka kematian ibu merupakan salah satu sasaran MDGs yang memerlukan upaya keras untuk mencapai target 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Angka kematian ibu menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (Gambar 1). WHO memperkirakan bahwa sekitar 15-20 persen ibu hamil, baik di negara maju maupun berkembang akan mengalami risiko tinggi (risti) dan/atau komplikasi. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kerja terlatih.

Jawa Timur merupakan salah satu propinsi di Indonesia yang cukup baik capaiannya dalam menurunkan angka kematian ibu. Berdasarkan capaian tahun 2012 AKI di Jawa Timur mengalami penurunan dari 104 per 100 000 kelahiran hidup pada tahun 2011, menjadi 97 per 100 000 kelahiran hidup. Namun demikian angka ini masih belum bisa melampaui keberhasilan pada tahun 2006–2007 yang hanya 72 per 100 000 kelahiran hidup. Data AKI di Jawa Timur disajikan pada Tabel 1.

**Tabel 1.** Data Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Timur tahun 2006 s/d 2012

Tahun	Angka Kematian Ibu
2006	72/100.000 KH
2007	72/100.000 KH
2008	83/100.000 KH
2009	90,7/100.000 KH
2010	101,4/100.000 KH
2011	104,3/100.000 KH
2012	97,43/100.000 KH

Sumber: Laporan Kematian Ibu Kab/Kota se Jatim, 2013

Berdasarkan laporan dari kabupaten/kota, dari 38 Kabupaten/Kota di Jawa Timur, terdapat 20 Kabupaten/Kota yang mempunyai AKI diatas AKI Propinsi (> 97,43/100.000 KH). Data yang sangat mengejutkan adalah Kota Surabaya tercatat sebagai 5 Kabupaten/Kota dengan AKI tertinggi di Jawa Timur, dengan angka 144,64 per 100 000 kelahiran hidup. Kota Surabaya menempati urutan ke-5 tertinggi setelah Kota Blitar (339,31 per 100 000 KH), Kota Kediri (182,77 per 100 000 KH), Kota Malang (164,64 per 100 000 KH), dan Kabupaten Kediri (145,24 per 100 000 KH) (BPS Propinsi Jawa Timur, 2013). Mulai tahun 2010 terjadi trend kenaikan angka kematian ibu di Kota Surabaya dar 71 per 100 000 KH menjadi 103,9 per 100 000

KH pada tahun 2011 dan semakin meningkat pada tahun 2012 (Tabel 2).

**Tabel 2.** Data Angka Kematian Ibu di Kota Surabaya tahun 2009 s/d 2012

Tahun	Angka Kematian Ibu
2009	81,60/100.000 KH
2010	71,07/100.000 KH
2011	103,90/100.000 KH
2012	144,64/100.000 KH

Sumber: Profil Kesehatan Dinkes Kota Surabaya, 2013

Jika dibandingkan besarnya angka kematian ibu tahun 2012 di kota Surabaya, Propinsi Jawa Timur dan angka nasional, maka angka propinsi maupun angka kota Surabaya masih di bawah angka nasional. Namun angka kematian ibu di kota Surabaya lebih tinggi dibandingkan angka kematian ibu di tingkat propinsi Jawa Timur (Gambar 2).

Berdasarkan gambar 2, terlihat bahwa angka kematian ibu di Propinsi Jawa Timur jauh di bawah angka nasional dan ada *trend* penurunan dari tahun 2011–2012, namun

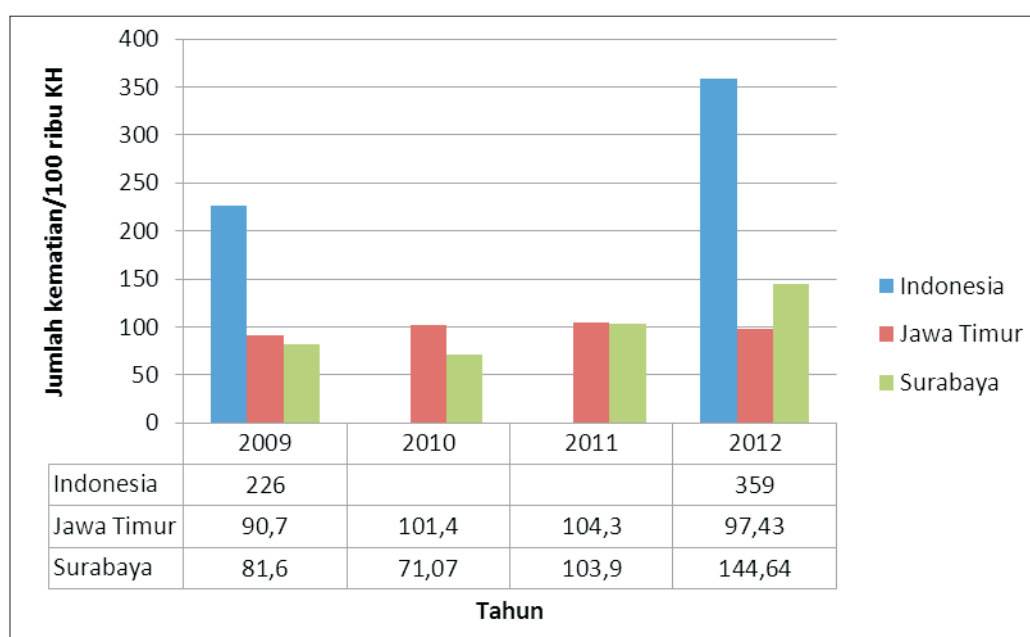
**Tabel 3.** Angka kematian ibu di lima Kabupaten/Kota di Jawa Timur

Kabupaten/Kota	AKI (per 100 ribu KH)
Kota Blitar	339.31
Kota Kediri	182.77
Kota Malang	164.64
Kabupaten Kediri	145.24
Kota Surabaya	144.60

Sumber: BPS (2013)

perlu diperhatikan angka kematian ibu di Kota Surabaya. Meskipun angka kematian ibu di Surabaya di bawah angka nasional, namun terlihat ada *trend* kenaikan dari tahun 2010 hingga tahun 2012. Selain itu dibandingkan angka kematian ibu di Kabupaten/Kota lain di Jawa Timur, Surabaya menempati lima besar daerah dengan angka kematian ibu tertinggi di Jawa Timur (Tabel 3).

Mencermati data empiris di atas, maka permasalahan angka kematian ibu di Jawa Timur, khususnya di Kota Surabaya perlu segera mendapatkan penanganan yang



**Gambar 2.** Perbandingan angka kematian ibu di Indonesia, Propinsi Jawa Timur dan Kota Surabaya.

cepat dan tepat. Hal ini perlu mendapatkan prioritas penanganan karena di samping angka kematian bayi dan neonatus, masalah kematian ibu merupakan indikator yang sangat sensitif bagi keberhasilan upaya pelayanan kesehatan dan sebagai indikator kesejahteraan masyarakat. Selain itu Surabaya semestinya menjadi barometer bagi keberhasilan pelayanan kesehatan di Jawa Timur karena menjadi ibu kota Propinsi dan sebagai pusat rujukan di wilayah Indonesia Timur.

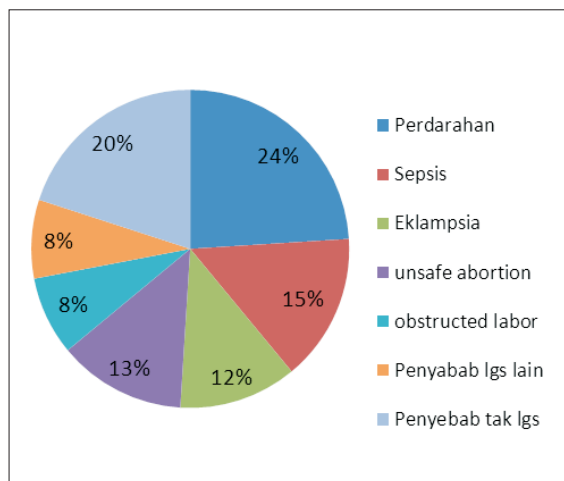
**Penyebab Kematian Ibu**

Penyebab kematian ibu paling banyak ditemui di negara sedang berkembang diantaranya adalah perdarahan, sepsis, eklampsia, aborsi (*unsafe abortion*), dan obstruksi kelahiran. Lima besar penyebab tersebut menyumbang lebih dari dua per tiga total angka kematian ibu di dunia. Sementara penyebab tak langsung dari kematian ibu menyumbangkan sekitar 20% dari total angka kematian ibu di seluruh dunia, termasuk kondisi atau penyakit yang sudah menyertai ibu sebelumnya (*preexisting conditions*) seperti malaria dan infeksi virus hepatitis yang semakin parah oleh kehamilan atau penanganan yang kurang tepat (Bale *et al.*, 2003).

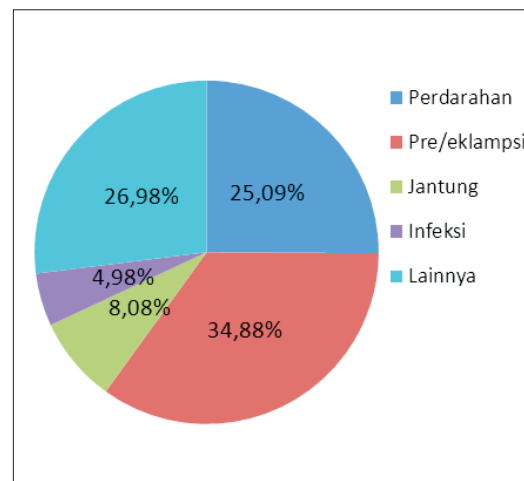
Dilihat dari penyebab AKI di Jawa Timur tidak jauh berbeda dengan penyebab kematian ibu di daerah lain di Indonesia maupun di negara sedang berkembang lainnya. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2013), penyebab kematian ibu terbesar di Jawa Timur pada tahun 2012 adalah pre-eklampsia/eklampsia (34,88%), kemudian disusul perdarahan (25,09%), infeksi (4,98%), jantung (8,08%), penyebab lain sebesar 26,98%.

Penyebab kematian ibu di Jawa Timur pada urutan pertama adalah preeklampsia/ eklampsia, kemudian perdarahan, sedangkan di negara sedang berkembang lainnya pada umumnya urutan pertama penyebab kematian adalah perdarahan, disusul sepsis dan eklampsia pada urutan ketiga. Namun dilihat dari jenis penyebabnya tidak jauh berbeda.

Kasus perdarahan yang menjadi penyebab kematian ibu terbesar adalah perdarahan post partum. Menurut WHO (1999) yang dimaksud perdarahan post partum adalah kehilangan darah 500 ml atau lebih dari jalan lahir dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Karena kesulitan dalam menentukan volume darah yang



**Gambar 3a.** Penyebab kematian ibu di negara sedang berkembang (Bale *et al.*, 2003).



**Gambar 3b.** Penyebab kematian ibu di Jawa Timur (Dinkes Prop Jatim, 2013).

hilang, maka pengertian yang lebih praktis dari perdarahan post partum adalah segala jenis kehilangan darah yang menyebabkan perubahan fisiologis seperti tekanan darah rendah yang mengancam kehidupan ibu bersalin (Bale *et al.*, 2003).

Perdarahan post partum yang mendadak, disebabkan oleh atoni uteri, kontraksi uteri yang tidak memadai, serta retensio plasenta. Penyebab lain termasuk kerusakan saluran genital seperti perobekan servik, perineal lacerations, dan episiotomi. Anemia karena kekurangan asupan zat gizi seperti zat besi dan asam folat, serta infestasi cacing, malaria maupun jarak kelahiran yang terlalu pendek, juga dapat menjadi pemicu terjadinya perdarahan post partum. Di negara sedang berkembang, anemia berat memberikan kontribusi yang besar kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan post partum (Black *et al.*, 2008)

Eklampsia/preeklampsia ditandai oleh tekanan darah yang tinggi pada masa kehamilan. Kejang bisa terjadi pada pasien dengan tekanan darah tinggi (*hipertensi*) yang tidak terkontrol saat persalinan. Hipertensi dapat terjadi karena kehamilan, dan akan kembali normal bila kehamilan sudah berakhir. Namun ada juga yang tidak kembali normal setelah bayi lahir. Kondisi ini akan menjadi lebih berat bila hipertensi sudah diderita ibu sebelum hamil (Profil Kesehatan Indonesia, 2007). Beberapa penelitian menunjukkan bukti bahwa kematian ibu yang berhubungan dengan penyakit hipertensi pada masa kehamilan, lebih sulit dicegah dibandingkan kematian karena penyebab lain yang berhubungan dengan kehamilannya (Bale *et al.*, 2003)

Berdasarkan analisis 22 kasus kematian di Jawa Timur tahun 2012, salah satu penyebab kematian ibu yang tidak langsung yang dapat diidentifikasi adalah faktor dari masyarakat, faktor tersebut meliputi terlambat merujuk (13,64%), terlambat mengambil keputusan (22,73%), pendidikan SD (34%), terlambat mendeteksi (40,91%), ibu rumah tangga (68%), kemiskinan (27%).

Data yang lebih menarik adalah sebagian besar kematian ibu justru terjadi di Rumah Sakit, sebesar 83,54%. Jika dilihat dari saat kematiannya, sebagian besar kematian terjadi pada masa nifas (pascapersalinan) sebesar 52,11%, kemudian pada masa hamil (26,37%) dan meninggal pada saat persalinan sebesar 21,52% (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2013).

Terjadinya kecenderungan peningkatan angka kematian di Propinsi Jawa Timur dan Kota Surabaya dari tahun 2011 dan 2012, menjadi suatu fakta yang sangat menarik untuk dikaji lebih mendalam. Jika dilihat dari penyebab langsung kematian ibu merupakan penyebab medis yang dapat dicegah dengan manajemen pelayanan kesehatan yang memadai. Untuk itu faktor sumber daya kesehatan, baik sumber daya manusia maupun fasilitas kesehatan sangat menentukan keberhasilan dalam menangani komplikasi kehamilan yang terjadi. Namun jika dilihat dari penyebab tidak langsung yang berupa 3 T (terlambat mendeteksi, terlambat mengambil keputusan, dan terlambat merujuk), maka memerlukan pendekatan yang lebih komprehensif dalam memecahkan permasalahan ini. Keterlambatan dalam mendeteksi risiko menjadi persoalan tenaga kesehatan yang kurang memadai kemampuannya, namun juga dapat disebabkan oleh faktor kesadaran masyarakat yang kurang. Sementara keterlambatan dalam mengambil keputusan dan keterlambatan merujuk lebih banyak dipengaruhi oleh faktor yang ada di masyarakat. Dengan demikian suatu kasus keterlambatan penanganan komplikasi kehamilan, sesungguhnya melibatkan suatu sistem yang kompleks, mulai dari sistem yang ada di dalam individu dan keluarga, sistem di dalam masyarakat serta lingkungan, maupun sistem pelayanan kesehatan.

Ketidakadilan (*inequity*) dalam mendapatkan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil mungkin menjadi salah satu faktor yang ada dibalik 3 keterlambatan tersebut. Hal ini sangat mungkin terjadi, jika program

jaminan kesehatan untuk ibu hamil seperti jaminan persalinan (jampersal) salah sasaran.

Dari gambaran yang telah diuraikan tersebut nampak bahwa persoalan meningkatnya angka kematian ibu disebabkan oleh multi faktor. Untuk melihat lebih dalam berbagai faktor yang ada dibalik penyebab langsung maupun tidak langsung, maka akan digunakan pendekatan yang komprehensif.

### **Model Sosio Ekologi Perilaku Kesehatan untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu**

Model sosio ekologi disingkat (MSE) dikembangkan berdasarkan teori atau pendekatan yang telah ada di beberapa disiplin keilmuan, seperti ilmu politik, sosiologi, psikologi dan komunikasi. Dengan demikian MSE merupakan suatu pendekatan komprehensif di bidang kesehatan masyarakat, yang tidak hanya ditujukan untuk melihat faktor risiko pada individu, tetapi juga aspek norma, kepercayaan dan sistem sosial ekonomi (CDC, 2002).

Ada dua konsep kunci dalam pendekatan ini: 1) perilaku memengaruhi dan dipengaruhi oleh kondisi yang bersifat multi level (bertingkat); 2) membentuk perilaku dan perilaku yang dibentuk oleh lingkungan sosial yang menunjukkan hubungan kausal bersifat timbal balik (*reciprocal causation*). MSE menekankan interaksi antara dan saling ketergantungan dari berbagai faktor di dalam dan antar level perilaku, dan memperhatikan bahwa sebagian besar tantangan di bidang kesehatan masyarakat terlalu kompleks untuk dipahami dengan *single-level analysis* (Stokols, 1996). Dalam analisis ini kebutuhan bahwa individu tidak dipandang sebagai bagian yang terpisah dari suatu unit sosial yang lebih besar di mana mereka tinggal, mencerminkan kebutuhan untuk menciptakan kondisi lingkungan yang mendukung dan meningkatkan perubahan perilaku yang berkelanjutan (Townsend & Foster, 2002).

Model sosio ekologi berfokus pada hubungan antara individu dan lingkungannya. Asumsi dasarnya adalah bahwa suatu pendekatan komprehensif lebih efektif dari pada pendekatan satu level. Lima level dalam model sosio ekologi yang memengaruhi perilaku kesehatan adalah faktor individu (*intrapersonal*), proses interpersonal, faktor institusi, faktor komunitas dan kebijakan publik. Model sosio ekologi secara skematis diperlihatkan pada gambar 4.

Dalam aplikasinya MSE dapat digunakan untuk pendekatan di berbagai bidang dalam lingkup kesehatan masyarakat, untuk menganalisis perilaku kesehatan, seperti dalam menganalisis faktor obesitas pada anak (Kumanyika *et al.*, 2002), aktivitas fisik (Mehtala *et al.*, 2014) ataupun promosi perilaku makan sehat (Townsend & Foster, 2011). Model ini menyediakan kerangka berpikir yang sangat bermanfaat untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang berbagai faktor dan hambatan yang berdampak pada perilaku sehat.

### **Pendekatan *Continuum of Care* dari Hulu ke Hilir**

Pendekatan *continuum of care* merupakan konsep lintas tahapan dalam siklus hidup, serta lintas dari rumah tangga sampai rumah sakit. Lintas tahap siklus hidup, terutama dari masa prakonsepsi, konsepsi hingga pascapersalinan. Konsep ini sangat penting diterapkan untuk mengatasi masalah kesehatan pada masa reproduksi, masa kehamilan, persalinan dan masa nifas (pascapersalinan). Konsep *continuum of care* diharapkan dapat memenuhi tantangan dalam meningkatkan kesehatan dan survival dari ibu, bayi baru lahir dan anak (Sines *et al.*, 2006).

Ada dua dimensi dari *continuum of care* yaitu dimensi waktu dan dimensi tempat. Dimensi waktu dari *continuum of care* adalah dengan memperhatikan kesehatan maternal, bayi baru lahir, dan anak (MNCH). Sedangkan dimensi tempat dari *continuum of care* adalah dari rumah tangga





bagaimana meningkatkan mutu pelayanan klinik untuk ibu dan anak di rumah sakit. Konsep pelayanan kesehatan dari hulu ke hilir secara sederhana dapat digambarkan secara skematis seperti pada gambar 5.

Menurut Trisnantoro (2011) strategi intervensi untuk menurunkan angka kematian ibu harus berdasarkan analisis kebijakan, dilakukan kegiatan untuk mencari kebijakan di masa mendatang (*analysis for policy*). Prinsip yang dipergunakan adalah: Menggunakan pendekatan dari Hulu ke Hilir. Kebijakan dan program KIA dapat dibayangkan sebagai sebuah model hulu yang berisikan program-program preventif dan promotif yang banyak menggunakan pendekatan lintas sector (*One Health*) dan *determinan social*. Hilirnya adalah kegiatan-kegiatan klinis. Menggunakan jumlah kematian absolut sebagai indikator kinerja program KIA. Angka Rates akan dipergunakan sebagai *cross-check* dan dilakukan dalam dua pendekatan: (1) berdasarkan data dari angka absolut; dan (2) berdasarkan data survey. Menggunakan filosofi utama dalam kebijakan KIA yaitu mengembalikan “*sense of urgency*” dan adanya “*peningkatan adrenalin*” dalam program. Untuk itu diperlukan penggunaan *surveilans-respon* kematian ibu dan anak. Kematian ibu dan anak yang tidak perlu (*avoidable*) harus dapat dicegah. Memperbaiki perencanaan dan monitoring dan evaluasi dengan menggunakan pendekatan Kebijakan Berbasis Bukti (*Evidence Based Policy*).

### ***Preconception Care dan Antenatal Care sebagai Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi***

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar. Pemeriksaan kehamilan merupakan pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan

anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka post partum sehat dan normal, tidak hanya fisik tetapi juga mental.

Kunjungan ANC adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal. Pada setiap kunjungan ANC, petugas mengumpulkan dan menganalisis data mengenai kondisi ibu melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan diagnosis kehamilan intrauterine serta ada tidaknya masalah atau komplikasi.

Konsep tentang *preconception care* baru didiskusikan sejak Juni tahun 2005, ketika US *Center for Disease Control* (CDC) membentuk the *Select Panel on Preconception Care* yang bertugas untuk mengembangkan konsep dan strategi perawatan kesehatan prakonsepsi. Area kerja dari panel ini meliputi aspek klinis, kesehatan masyarakat, kebijakan dan financial, konsumen, dan surveillance dan riset (Curtis, 2008; Jack *et al.*, 2008; Coonrod *et al.*, 2008; Moos *et al.*, 2008).

Mengacu definisi dari *preconception care* sebagai “*a series of intervention that aim to identify and modify biomedical, behavioral, and social risk to women’s health and couple before conception*” (WHO, 2013; Curtis, 2008), maka dengan menekankan pemeriksaan kesehatan prakonsepsi diharapkan seorang wanita yang menginginkan atau merencanakan kehamilan akan mencapai derajat kesehatan yang baik sejak sebelum hamil, sehingga akan mendapatkan hasil kehamilan (*pregnancy outcomes*) yang berkualitas. Dalam kaitannya dengan *preconception care*, Moos *et al* (2008), tidak hanya menekankan aspek kesehatan (*maternal preconception health*), tetapi lebih jauh lagi menerapkan konsep kesejahteraan sebelum hamil (*preconception wellness*).

Aspek klinis dalam pemeriksaan prakonsepsi meliputi pemberian suplementasi, terutama suplemen mikronutrient (Jack *et al.*,

2008), dan pelayanan imunisasi (Coonrod *et al.*, 2008). Bahkan WHO merekomendasikan suatu pemeriksaan yang holistik mencakup pemeriksaan fertilitas, pemeriksaan kelainan genetik bahkan penggunaan alkohol dan rokok (WHO, 2013). Konsep meriksakan prakonsepsi seperti yang direkomendasikan oleh US-CDC maupun WHO tentu saja tidak dapat seluruhnya dilaksanakan di negara sedang berkembang, terutama deteksi kelainan genetik kaitannya dengan risiko penyakit, karena di negara sedang berkembang masih sangat terbatas sumber daya alat dan sumber daya manusia.

### **Equity Akses Pelayanan Kesehatan untuk Kaum Ibu**

Konsep tentang *equity* dalam bidang kesehatan pertama kali diperkenalkan oleh Whitehead (1992) dengan paper berjudul *The concepts and principles of equity in health*. Whitehead mendefinisikan *health inequities* sebagai perbedaan yang tidak perlu terjadi, dapat dihindari, tidak adil di dalam kesehatan. Menurut Braveman dan Gruskin (2003) *equity* dapat pula berarti ada unsur keadilan *social justice* atau *fairness*” dan merupakan konsep dan nilai moral dan secara normatif bersifat inheren. Bagaimanapun juga keadilan sosial dapat diinterpretasikan yang berbeda-beda di dalam suatu masyarakat atau penduduk.

*Inequity* dan *inequality* merupakan terminologi yang sering kali saling tertukar. *Inequity* lebih mengarah pada keadaan ketidakadilan yang dapat dihindari yang biasanya muncul sebagai akibat pemerintahan yang buruk, korupsi a atau secara kultural dipisahkan atau dibedakan (*cultural exclusion*). Sementara *inequality* secara sederhana mengacu pada distribusi atau pembagian yang tidak merata dari upaya kesehatan atau sumber daya di bidang kesehatan sebagai akibat dari faktor kekurangan sumber daya. Atau kondisi kesehatan yang tidak sama karena faktor genetik (Bravemen & Gruskin, 2003).

*Inequity* dan *inequality* juga merupakan dimensi konsep yang mengacu pada kuantitas, namun di sisi lain juga mengandung konsep politik yang diterjemahkan dalam komitmen moral berkaitan dengan keadilan sosial. *Health inequality* dalam merupakan terminologi generik yang digunakan untuk menggambarkan perbedaan, variasi dan disparitas dalam mencapai derajat kesehatan pada level individu maupun kelompok. *Health inequity* mengacu pada ketidaksetaraan (*inequalities*) derajat kesehatan yang menandakan adanya ketidakadilan (Kawachi *et al.*, 2002; Global Health Europe, 2009).

*Equity* dalam kesehatan menunjukkan bahwa idealnya setiap orang memiliki kesempatan yang adil untuk memperoleh kesehatan yang sebaik-baiknya dan tidak dirugikan dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Masyarakat dengan status social ekonomi yang berbeda seharusnya memperoleh pelayanan kesehatan yang sama sesuai dengan kebutuhannya, termasuk akses yang sama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. *Equity* dalam pelayanan kesehatan ditentukan memerlukan alokasi sumber daya dan akses ke pelayanan kesehatan yang oleh kebutuhan kesehatan.

*Equity* dapat dibagi menjadi dua yaitu *equity* horizontal dan *equity* vertikal. *Horizontal equity* orang dengan kebutuhan yang sama mempunyai kesempatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. *Equity* vertikal merupakan alokasi dari sumber daya yang berbeda untuk level kebutuhan yang berbeda pula. Aristotelian menyatakan bahwa persamaan dan kesamaan harus diperlakukan sama dan ketidaksetaraan harus diperlakukan secara proporsional pada ketidaksetaraan mereka. Pada *equity* dalam pemberian pelayanan kesehatan, kebutuhan sering dinyatakan sebagai nilai yang harus relevan, ini berarti bahwa seseorang dengan kebutuhan yang sama harus mendapatkan perlakuan yang sama (*equity horizontal*). *Equity* vertikal berarti seseorang dengan kebutuhan yang lebih tinggi seharusnya

mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, proporsional dengan kebutuhan mereka (Bravemen & Gruskin, 2003).

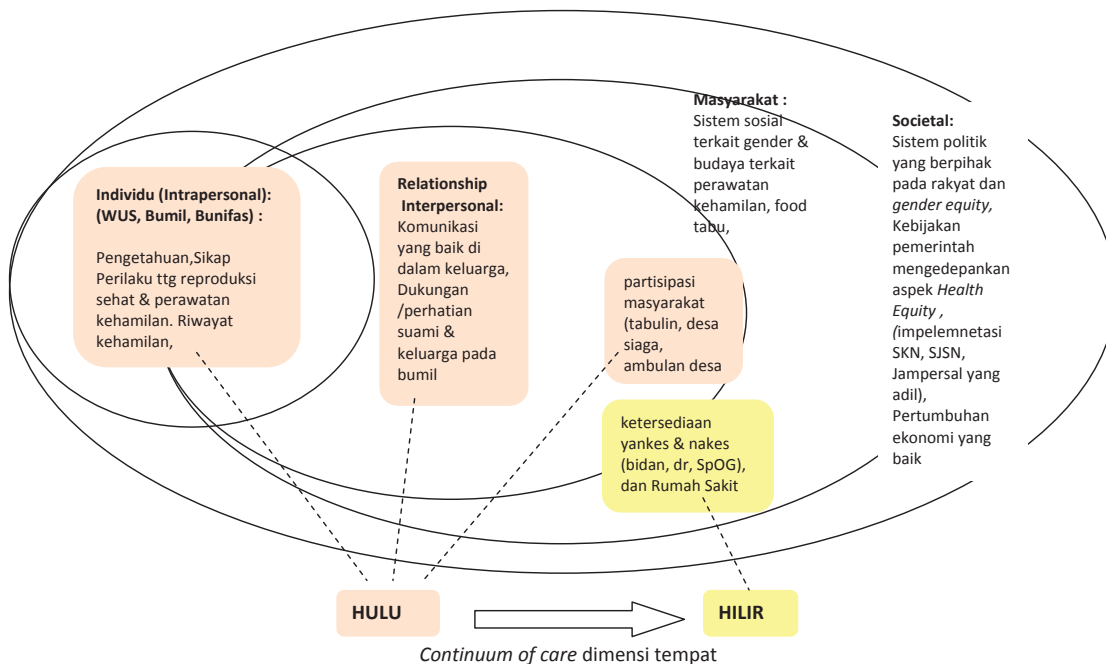
Akses adalah kemudahan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan oleh individu dengan kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial-ekonomi dan budaya (Risksedas, 2007). Ketidakadilan dalam akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan akan menyebabkan kesenjangan kesehatan.

Pemerintah menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang sama di seluruh Indonesia, tapi fasilitas pelayanan kesehatan tidak merata dan tidak adil adalah pelanggaran konstitusi. *Inequity* timbul karena jaminan kesehatan (JKN) dilaksanakan secara sentralistik tapi fasilitas pelayanan kesehatan dibangun secara desentralistik sesuai kebijakan otonomi daerah. Pemerintah pusat memperbaiki sistem jaminan kesehatan, tapi fasilitas pelayanan kesehatan diatur oleh pemerintah daerah. Kebijakan perbantuan di Indonesia juga

masih belum adil. Padahal hak setiap orang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai Pasal 28H UUD 1945, harus memperoleh akses yang sama atas sumber daya kesehatan dan hak setiap orang memperoleh yankes sesuai Pasal 28H UUD 1945, harus adil, aman, bermutu, dan terjangkau (Pasal 5 UU No.36/2009). Salah satu pelayanan kesehatan yang diperuntukkan kaum ibu terutama ibu hamil dan nifas adalah program Jaminan Persalinan (Jampersal) oleh Kementerian Kesehatan.

**Conceptual Framework Penerapan Model Sosio Ekologi Perilaku Kesehatan dan Pendekatan *Continuum of Care* dalam Menurunkan AKI**

Konsep sosio ekologi perilaku sehat dan *continuum of care* telah diuraikan pada sub bab sebelumnya. Penerapan kedua konsep tersebut dipadukan untuk sebagai satu kesatuan pendekatan yang bersifat komprehensif dalam mengatasi masalah tingginya angka kematian ibu di Indonesia. Pada tingkat individu (*intrapersonal level*) dan tingkat hubungan antar individu (*interpersonal relationship*) berada di pelayanan di hulu. Sementara pada tingkat



**Gambar 6.** *Conceptual framework* penerapan sosio ekologi dan *continuum of care* dalam menurunkan Angka Kematian Ibu.

masyarakat di suatu daerah tertentu (*community level*) serta masyarakat luas (*society level*) merupakan pelayanan di hilir. Perpaduan kedua konsep tersebut diterapkan sebagai kerangka kerja (*conceptual framework*) dalam upaya pengembangan program yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu (Gambar 6).

Mengacu konsep di atas, maka rencana program strategis dapat diusulkan sebagai upaya inovasi dalam menurunkan angka kematian ibu di berbagai wilayah di Indonesia dengan mengacu pada berbagai program yang telah ada. Dengan pendekatan sosio ekologi diharapkan dapat menjangkau setiap level, mulai dari level individu, interpersonal dalam suatu keluarga, level masyarakat maupun di level societal dari aspek kebijakan.

Pendekatan *continuum of care* program diupayakan untuk menangani masalah kesehatan ibu dan anak dari saat pra-konsepsi sampai dengan masa kehamilan dan masa pascapersalinan sebagai suatu kesatuan, antara ibu dan anak. Dari dimensi tempat, maka program pelayanan kesehatan dimulai dari rumah tangga, masyarakat lingkungan terdekat, hingga pelayanan di rumah sakit.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2012. *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2011*. Jakarta. Bappenas.
- Badan Pusat Statistik (BPS). 2013. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta. BPS.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur. 2013. *Jawa Timur dalam Angka*. Surabaya. BPS.
- Bale, J.R., Stoll, B.J., Lucas, A.O (Eds). 2003. *Improving Birth Outcomes*. Washington DC. National Academic Press.
- Black, R.E., Allen, L.H., Bhutta, Z.A., Caulfield, L.E., De Onis, M., Ezzati, M., Rivera, J. 2008. Maternal and child under nutrition: Global and regional exposures and health consequences. The Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition 1. *Lancet* 2008, *Publish on line Jan 17*. doi:10.1016/S0140-6736(07)61690-0.
- Braveman, P., Gruskin, S. 2003. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57: 254–258.
- Center for Diseases Control (CDC-US). 2002. The Ecological Model and Risk/Protective Factors in Preventing Child Abuse and Neglected. *World Report on Violence and Health*.
- Coonrod, D.V., Jack, B.W., Bogger, K.A., et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;(Suppl Dec): S290-95.
- Curtis, M.G. Preconception care: a clinical case of “think globally, act locally”. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;(Suppl Dec): S257-258.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. 2013. *Profil Kesehatan Kota Surabaya 2012*. Surabaya. Dinkes Kota Surabaya.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2013. *Profil Kesehatan Jawa Timur 2012*. Surabaya. Dinkes Prov. Jatim.
- Global Health Europe. 2009. Inequity and inequality in health. <http://www.globalhealthurope.org/index.php/resources/glossary/values/179-inequity-and-inequality-in-health>. (sitasi tanggal 5 Mei 2014)
- Jack, B.W., Atrash, H., Bickmore, T., Johnson, K. The future of preconception care: a clinical perspective. *Women Health issues*. 2008;18(6 Suppl): S19-25.
- Jack, B.W., Atrash, H., Coonrod, D.V., Moos MK, O’Donnell J, Johnson K. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;(Suppl Dec): S266-79.
- Kawachi, I., SV Subramanian., N Almeida-Filho. 2002. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2002;56: 647–652.

- Kemenkes, RI. 2013a. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, Jakarta.
- Kemenkes, RI. 2013b. BPJS Kesehatan, Jakarta.
- Kumanyika, S., Jeffery, R.W., Morabia, A., *et al.* 2002. Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF). Obesity prevention: the case for action. *Int J Obes Relat Metab Disord* 93, 1168–1173.
- Mehtälä, M.A.K., AK Sääkslahti., ME Inkinen., MEH, Poskiparta. 2014. A socio-ecological approach to physical activity interventions in childcare: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*; 2014; 11: 22.
- Moos, M.K., Dunlop, A.L., Jack, B.W., *et al.* Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for routine care of all women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;(Suppl Dec): S280-89.
- Moos, M.K. From concept to practice: reflections on the preconception health agenda. *J Womens Health.* 2010;19: 567–7.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2012 tentang *Sistem Kesehatan Nasional*.
- Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang *Jaminan Kesehatan*.
- Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013 tentang *Perubahan Atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013*.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2007. Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2010. Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sines, E., A, Tinker., J Ruben. 2006. The Maternal–Newborn–Child Health Continuum of Care: A Collective Effort to Save Lives. *Bulletin Save The Children.* March 2006: 1–6.
- Stokols, D. 1996. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *Am J Health Promot* 10, 282–293.
- Townsend, N., C, Foster. 2011. Developing and applying a socio-ecological model to the promotion of healthy eating in the school. *Public Health Nutrition: 1–8.* doi:10.1017/S1368980011002655.
- Trisnantoro, L. 2011. Strategi Luar Biasa untuk Penurunan Kematian Ibu dan Bayi *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Vol. 14, No. 4 Desember 2011: 175-176.
- Undang Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang *Kesehatan*.
- Whitehead, M. 1992. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv* 1992; 22: 429–445.
- World Health Organization (WHO). 1996. *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF.* Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 1999. *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement.* Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2001. *Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA.* Geneva: WHO.
- World Health Organization ((WHO). 2013. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. *Meeting report.* Geneva: WHO.