

Kesinambungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Maternal di Indonesia

CONTINUITY OF MATERNAL HEALTH CARE UTILIZATION IN INDONESIA

Ning Sulistiyowati, Puti Sari H, dan Dwi Hapsari T

Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat
Jl. Percetakan Negara 29, Jakarta 10560, Indonesia
Email: ningsulistiyowati@gmail.com

Submitted : 26-4-2017, Revised : 8-5-2017, Revised : 22-5-2017, Accepted : 9-8-2017

Abstract

In an effort to decrease the maternal mortality rate in Indonesia, the government implements a lot of strategies and health programs by means of continuum of care. This article aims to determine the factors of mothers affecting sustainable maternal health services using the 2013 Riskesdas data. Data analyses were done by calculating the difference in the percentage of coverage of health indicators in each district/city and continuing to find a model determining the relationship of maternal characteristics factors related to the continuation of maternal health care by logistic regression. The sustainability of maternal health service utilization in Indonesia is only 46%. The factors are the mother's education (OR = 1.79 and 2.58), the work of mothers (OR = 1.38), economic status (OR = 1.65), pregnancy status (OR = 1.33), method of delivery (OR = 0.71 and 0.37), complications of pregnancy (OR = 1.13), birth complications (OR = 0.79), the travel time to health facilities (OR = 0.61 and 1.59), age at delivery (OR = 1.23). The study reveals that continuity of maternal health services remain unsatisfactory. Government should pay more attention to improve the quality and access to maternal health services as to encourage mothers to sustain their health care.

Keywords: continuum of care, maternal health, Riskesdas 2013

Abstrak

Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu di Indonesia, pemerintah melakukan banyak strategi dan program kesehatan di antaranya *continuum of care*. Artikel ini bertujuan untuk mengetahui faktor dan karakteristik ibu yang mempengaruhi kesinambungan pelayanan kesehatan maternal. Data yang digunakan dalam analisis ini adalah data Riskesdas 2013. Analisis dilakukan dengan menghitung selisih persentase cakupan indikator kesehatan di tiap kabupaten/kota. Analisis kemudian dilanjutkan dengan mencari model untuk mengetahui hubungan karakteristik ibu dan faktor terkait lain dengan kelanjutan perawatan kesehatan ibu dengan regresi logistik. Persentase kesinambungan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu di Indonesia masih rendah yaitu 46%. Faktor yang mempengaruhi adalah pendidikan ibu (Adjusted OR=1,79 dan 2,58), pekerjaan ibu (Adjusted OR=1,38), status ekonomi (Adjusted OR=1,65), status kehamilan (Adjusted OR=1,33), metode persalinan (Adjusted OR=0,71 dan 0,37), komplikasi kehamilan (Adjusted OR=1,13), komplikasi persalinan (Adjusted OR=0,79), waktu tempuh ke fasilitas kesehatan (Adjusted OR=0,61 dan 1,59), umur saat melahirkan (Adjusted OR=1,23). Kesinambungan pelayanan kesehatan maternal masih rendah. Perlu perhatian lebih dalam meningkatkan kualitas dan akses pelayanan agar dapat menarik ibu untuk mempertahankan kelanjutan perawatan kesehatan.

Kata kunci: kesinambungan layanan, kesehatan maternal, Riskesdas 2013

PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia mencanangkan “*Making Pregnancy Safer*” (MPS) pada tanggal 12 Oktober tahun 2000 sebagai gerakan nasional kehamilan yang aman, merupakan bagian dari *program Safe Motherhood*. Dengan dicanangkannya MPS diharapkan dapat menyelamatkan perempuan, agar kehamilan dan persalinan dapat dilalui dengan sehat dan aman, mengurangi beban kesakitan, kecacatan, dan kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan serta menghasilkan bayi yang sehat.¹

Pada pertemuan penetapan AKI di Kementerian Kesehatan 3 Juni 2016, dilaporkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) bahwa berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup (KH). Hal ini menunjukkan hampir tidak ada penurunan dibanding estimasi AKI dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) yaitu 307/100.000 KH antara 1998-2002.

Menurut Mc.Charty and Maine, faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan komplikasi, terdiri dari tiga determinan yaitu determinan dekat (*proxy/ outcome*), determinan antara (*intermediate determinant*) dan determinan jauh (*kontekstual/ distant determinant*) yang berdampak pada morbiditas dan mortalitas maternal. Seperti halnya penyebab dasar kematian ibu, juga dipengaruhi oleh kondisi geografis, penyebaran penduduk yang tidak rata, kondisi sosial ekonomi, budaya, bias gender dalam masyarakat dan keluarga, serta tingkat pendidikan masyarakat.²

Faktor yang sangat mempengaruhi tingginya kematian ibu, sama dengan faktor yang mempengaruhi kematian bayi yaitu kemampuan dan ketrampilan tenaga penolong persalinan.³ Kejadian kematian ibu dan bayi yang masih menjadi masalah besar di Indonesia, terjadi terbanyak pada saat persalinan, paska persalinan, dan hari-hari pertama kehidupan bayi.

Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 melaporkan bahwa pada ibu umur 20-24 tahun menerima pemeriksaan kehamilan sebesar 96%, persalinan ditolong tenaga kesehatan profesional 83%, dan melahirkan di fasilitas

kesehatan sebesar 63%.⁴ Sementara berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 dan 2013 terdapat kenaikan cakupan yang cukup besar pada beberapa pelayanan kesehatan maternal misalnya kunjungan pertama pada trimester satu (K1) sebesar 72,3% (Riskesdas 2007) menjadi 81,3% (Riskesdas 2013), kunjungan empat kali (K4) sebesar 61,4% (Riskesdas 2007) menjadi 70% (Riskesdas 2013), dan kunjungan nifas pertama (KF1) sebesar 46,8% (Riskesdas 2007) menjadi 81,7% (Riskesdas 2013).⁵

Menurunkan kematian ibu menjadi salah satu prioritas utama dimana kegiatan yang mendukung hal tersebut antara lain dengan meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi. Menurut Azwar Anas, agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan, banyak syarat yang harus dipenuhi, diantaranya: tersedia (*available*), wajar (*appropriate*), berkesinambungan (*continue*), dapat diterima (*acceptable*), dapat dicapai (*accesible*), dapat dijangkau (*affordable*), efisien (*efficient*), serta bermutu (*quality*). Kesenambungan yang dimaksud dalam tulisan ini yaitu pelayanan kesehatan bermutu dan tersedia setiap saat, baik menurut waktu atau kebutuhan pelayanan kesehatan.⁶

Konsep *Continuum of Care* adalah paradigma baru dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak. Dimensi pertama dari kontinum ini adalah waktu dari sebelum hamil, kehamilan, persalinan, dan sesudah persalinan. Kesehatan ibu harus dimulai pada saat seorang wanita mempersiapkan kehamilan, selama masa hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui, masa menggunakan kontrasepsi keluarga berencana sampai usia lanjut.⁷ Salah satu dampak ketidaksinambungan pelayanan kesehatan maternal terhadap kesehatan adalah rendahnya status imunisasi lengkap pada bayi dan balita⁸ juga rendahnya cakupan kunjungan pemeriksaan kehamilan dan persalinan di fasilitas kesehatan.⁹

Berdasarkan data SDKI dan Riskesdas di atas yang telah menyebutkan telah terjadi kenaikan cakupan yang cukup besar, namun tidak diketahui secara pasti apakah pelayanan tersebut telah menunjukkan kesinambungan yang bermakna. Dalam artikel ini, masalah kesinambungan ini akan lebih menitikberatkan pada masa kehamilan, persalinan dan masa nifas. Analisis ini bertujuan untuk mengetahui adakah kesinambungan

dalam pelayanan kesehatan ibu dan determinan apakah yang menyebabkan ketidaksinambungan pelayanan kesehatan maternal di Indonesia.

BAHAN DAN METODE

Analisis ini menggunakan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 yang diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan R.I. Riskesdas merupakan survei berskala nasional yang mencakup 497 kabupaten/ kota pada 33 provinsi di Indonesia. Desain penelitian Riskesdas adalah potong lintang dengan jumlah sampelnya dapat menggambarkan status kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Sampel yang digunakan dalam analisis ini adalah seluruh perempuan usia 10-54 tahun yang pada saat survei pernah hamil dalam periode 3 tahun terakhir. Variabel yang dianalisis terkait dengan kesehatan maternal, terbatas pada variabel yang dikumpulkan Riskesdas. Variabel tersebut adalah pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, status ekonomi keluarga, status kehamilan ibu, pemanfaatan jaminan kesehatan (JKN), jenis persalinan, komplikasi kehamilan, waktu tempuh ke fasilitas kesehatan dan umur ibu saat melahirkan. Kesembilan variabel tersebut sebagai variabel independen. Sementara kesinambungan antara kunjungan K1 dan K4, pemeriksaan kehamilan dan persalinan, serta kesinambungan persalinan dan nifas sebagai variabel dependen. Adapun definisi kesinambungan kunjungan K1 dan K4 yaitu jika responden menyatakan jawaban bahwa mereka melakukan kunjungan K1 dan K4 (kedua jawaban sama dengan “ya”) maka diasumsikan bahwa pada tahap satu telah terjadi kesinambungan pelayanan kesehatan maternal. Hal yang sama untuk K4 dan persalinan (tahap 2), dan juga untuk persalinan dan nifas (tahap 3). Untuk analisis multivariat, jika jawaban K1 sampai dengan nifas menjawab “ya” (tahap1-3), maka diasumsikan telah mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan.

Analisis untuk melihat dan mengukur perubahan tiap tahap pelayanan kesehatan maternal dilakukan melalui beberapa tahap sebagai berikut:

1. Menghitung nilai persentase masing-masing variabel bebas dan variabel terikat pada tingkat kabupaten/kota untuk mendapatkan

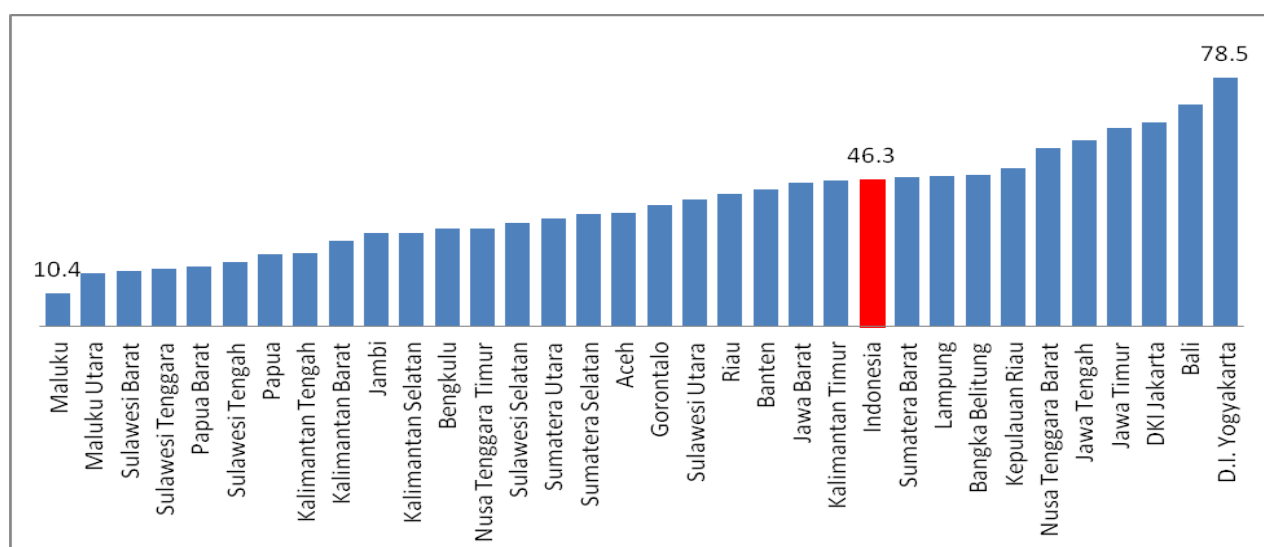
angka dasar analisis berikutnya. Semua indikator yang digunakan bersifat positif, contoh proporsi (tidak) komplikasi hamil.

2. Menghitung selisih persentase masing-masing variabel bebas dan variabel terikat pada tingkat kabupaten/kota untuk kemudian menetapkan selisih persentase tersebut menjadi 3 kategori yaitu kecenderungan selisih persentase turun, tetap dan naik. Pelayanan kesehatan dikategorikan berkesinambungan jika selisih persentasenya tetap atau naik.
3. Menghitung korelasi antara variabel bebas dengan variabel kesinambungan pelayanan maternal di tiga tahap pelayanan dengan menggunakan analisis multivariat logistik regresi.

HASIL

Selisih persentase dilihat dari setiap tahapan pelayanan maternal. Ada tiga tahapan pelayanan maternal yaitu: 1) tahapan pertama dari K1 (kunjungan pertama ibu hamil pada trimester satu) ke K4 (Kunjungan keempat); 2) tahapan kedua dari K4 ke persalinan oleh nakes, 3) tahapan ketiga, persalinan nakes ke kunjungan nifas pertama. Selisih persentase tahapan pertama yaitu selisih persentase cakupan pada tingkat kabupaten/kota antara K1 dengan K4. Jika persentase cakupan K4 lebih tinggi dari K1, maka selisih persentase menjadi positif dan diasumsikan terjadi peningkatan cakupan dari K1 ke K4. Jika selisih persentase nol, maka diasumsikan cakupan K1 dan K4 di kabupaten/kota tersebut tetap. Kedua hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan tahap pertama (K1 dan K4) di kabupaten/kota tersebut secara estimasi telah berkesinambungan. Namun, jika selisih persentase K4 terhadap K1 menjadi negatif maka dikategorikan terjadi penurunan cakupan dan dapat diasumsikan tidak terjadi kesinambungan pelayanan K1-K4.

Ketiga tahapan tersebut digabung menjadi satu pada Gambar 1 dan Tabel 1 sampai dengan Tabel 3. Jika ketiga tahap tersebut semua selisih persentase tetap dan/atau naik maka dianggap berkesinambungan. Sementara jika salah satu atau semua tahapan pelayanan kesehatan turun, maka dianggap tidak berkesinambungan. Estimasi kesinambungan pelayanan kesehatan maternal berdasarkan provinsi dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Persentase pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal berkesinambungan menurut provinsi, 2013

Tabel 1. Persentase Kesinambungan Pelayanan Kesehatan Maternal

No	Karakteristik	Sinambung	Tidak Sinambung	Tidak Akses	Total (%)	N
1	Pendidikan					
	Rendah	31,8	56,1	12,1	100	5.126.818
	Sedang	52,6	45,1	2,3	100	7.608.330
	Tinggi	68,6	30,6	0,8	100	13.890.220
2	Pekerjaan					
	Tidak kerja	45,0	48,9	6,1	100	13.011.128
	Bekerja	64,9	34,2	0,9	100	879.092
3	Status Ekonomi					
	Rendah	36,2	54,1	9,7	100	7.510.685
	Tinggi	58,1	40,7	1,2	100	6.379.534
4	Status Kehamilan					
	Belum menginginkan	40,2	52,9	6,9	100	2.160.179
	Menginginkan saat itu	47,4	47,0	5,6	100	11.730.042
5	JKN					
	Tidak menggunakan	46,1	48,2	5,7	100	9.529.634
	Menggunakan	46,6	47,5	5,9	100	4.360.586
6	Jenis Persalinan					
	Caesar/operasi	74,3	25,7	0	100	1.356.807
	Vakum/forcep	61,3	38,3	0,4	100	139.249
	Normal	43,0	50,5	6,5	100	12.394.165
7	Komplikasi Kehamilan					
	Ada komplikasi	47,2	47,7	5,1	100	1.869.969
	Tidak ada komplikasi	46,1	48,0	5,9	100	12.020.251
8	Waktu Tempuh ke Faskes					
	tidak tahu	38,2	51,8	10,0	100	3.668.007
	>30 menit	21,3	59,7	19,0	100	477.685
	≤30 menit	50,5	46,0	3,5	100	9.744.527
9	Umur Saat Melahirkan					
	<20 dan >35 thn	39,5	53,0	7,5	100	2.791.972
	20-35 thn	48,0	46,7	5,3	100	11.098.248
	TOTAL	46,3	47,9	5,8	100	13.890.220

Secara nasional, tidak mencapai setengah jumlah ibu di Indonesia yang mendapatkan pelayanan kesehatan maternal secara berkesinambungan hanya sekitar 46%. Hanya sepuluh provinsi dengan persentase di atas persentase nasional. Persentase tertinggi adalah D.I. Yogyakarta sebesar 79% dan terendah sebesar 10% pada Provinsi Maluku. Perbedaan proporsi antara persentase tertinggi dan persentase terendah cukup lebar (68%).

Secara umum dapat dikatakan bahwa estimasi kesinambungan pelayanan kesehatan ibu lebih banyak terjadi pada kelompok ibu dengan status sosial ekonomi yang baik seperti berpendidikan tinggi, bekerja, dan status ekonomi tinggi. Persentase kesinambungan tinggi pada kelompok ibu dengan kondisi komplikasi dan jenis persalinan. Hal yang harus menjadi perhatian untuk kelompok yang membutuhkan tetapi persentasenya rendah yaitu belum menginginkan kehamilan dan umur kehamilan berisiko. (Tabel 1)

Jika dibahas lebih lanjut, kesinambungan pelayanan kesehatan maternal terdiri dari tiga tahap, yaitu tahap pemeriksaan kehamilan (K1 ke K4), tahap persalinan (K4 ke linakes) dan tahap nifas (linakes ke kf1) dapat dilihat pada Tabel 2. Di tahap pemeriksaan kehamilan (tahap pertama), sebagian besar ibu yang berkesinambungan memeriksakan kehamilannya dari K1 hingga K4 adalah kelompok ibu dengan pendidikan rendah. Demikian juga untuk tahap nifas (tahap ketiga), ibu-ibu dengan pendidikan rendah justru banyak yang melakukan perawatan nifas sesudah melahirkan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Namun sebaliknya, pelayanan kesehatan yang berkesinambungan pada tahap pemeriksaan kehamilan hingga persalinan (tahap kedua) lebih banyak dilakukan oleh ibu yang berpendidikan sedang dan tinggi. Hampir serupa, ibu yang tidak bekerja dan miskin cenderung lebih banyak yang mendapat pelayanan kesehatan maternal berkesinambungan pada tahap pertama dan ketiga, dibandingkan dengan ibu yang bekerja dan mampu. Sebaliknya kaum ibu yang bekerja dan berstatus ekonomi baik lebih memperhatikan pelayanan kesehatan berkelanjutan di tahap kedua

yaitu persalinan di fasilitas kesehatan dengan dibantu tenaga kesehatan.

Hal yang menarik untuk diperhatikan adalah kaum ibu yang menginginkan kehamilannya cenderung hanya memperhatikan kesinambungan pemeriksaan kehamilannya (tahap pertama), namun tidak menjaga kesinambungan persalinan (tahap kedua), terutama tahap perawatan nifas (tahap ketiga) dibandingkan dengan mereka yang tidak menginginkan kehamilan saat itu.

Kaum ibu yang melahirkan dengan metode normal sangat memperhatikan tahap awal yaitu pemeriksaan kehamilan, namun justru kaum ibu dengan metode kelahiran normal dengan bantuan (vakum/forcep) yang lebih menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan tahap selanjutnya yaitu persalinan dan perawatan nifas dibandingkan dengan metode normal dan operasi caesar.

Karakteristik ibu dengan komplikasi kehamilan dan persalinan pun terlihat kurang menjaga kesinambungan pemeriksaan kehamilan, namun sebaliknya menaruh perhatian yang besar dalam kesinambungan pelayanan pada masa persalinan dan nifas.

Pemeriksaan kehamilan yang berkesinambungan nampak diperjuangkan oleh kaum ibu yang membutuhkan waktu lebih dari 30 menit untuk menuju fasilitas kesehatan. Berbeda dengan pelayanan persalinan dan nifas lebih banyak dipertahankan kelangsungannya oleh kaum ibu yang hanya menempuh waktu kurang dari 30 menit.

Sementara untuk ibu dengan risiko tinggi yaitu yang berusia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 30 tahun, lebih banyak yang menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan di tahap pemeriksaan kehamilan dan nifas dibandingkan dengan ibu berusia 20-35 tahun.

Hasil analisis multivariabel sosiodemografi dan status kesehatan ibu terhadap kesinambungan pelayanan kesehatan maternal menunjukkan bahwa faktor pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, status ekonomi keluarga, kehamilan diinginkan, metode persalinan, komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan,

waktu tempuh ke fasilitas kesehatan dan umur ibu saat melahirkan, menunjukkan ada hubungan yang bermakna ($p\text{-value} < 0.05$). Namun sebagian besar dari faktor tersebut mempunyai nilai OR rendah (OR tidak lebih dari 2).

Sebagian besar karakteristik positif memberi makna yang positif. Misalnya ibu yang berpendidikan sedang dan tinggi cenderung mendapatkan pelayanan kesehatan maternal secara berkesinambungan berturut-turut 1,8 dan 2,6 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu

yang berpendidikan rendah.

Ada tiga variabel karakteristik (metode persalinan, komplikasi persalinan dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan) dengan OR kurang dari satu. Hal ini menunjukkan ada nilai protektif, yaitu ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar lebih banyak mempunyai peluang berkesinambungan dalam mencari pelayanan kesehatan maternal dibandingkan dengan ibu persalinan normal atau normal dengan bantuan (vakum/forcep). (Tabel 3)

Tabel 2. Kesenambungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Maternal Berdasarkan Karakteristik Individu

Karakteristik	Tahap 1: Pemeriksaan kehamilan (K1 ke K4)	Tahap 2: Persalinan dengan nakes di faskes (K4 ke Linakes)	Tahap 3: Nifas (Linakes ke KF1)
Pendidikan Ibu			
0. Rendah	6,5	5,7	8,3
1. Sedang	2,9	8,4	7,7
3. Tinggi	0,6	8,3	4,5
Pekerjaan Ibu			
0. Tidak bekerja	4,2	7,3	7,8
1. Bekerja	1,4	9,2	5,9
Status ekonomi			
0. Miskin	5,9	6,2	8,0
1. Kaya	2,0	8,8	7,2
Status kehamilan			
0. Belum ingin hamil	3,0	8,1	11,9
1. Menginginkan saat itu	4,3	7,3	6,9
Jenis persalinan			
0. Caesar/operasi	0,1	7,9	8,4
1. Vakum/forcep	0,8	13,2	15,2
2. Normal	4,5	7,3	7,5
Komplikasi kehamilan			
0. Ada	3,4	8,3	8,2
1. Tidak	4,2	7,3	7,6
Komplikasi persalinan			
0. Ada	1,9	8,0	10,3
1. Tidak	4,4	7,3	7,3
Waktu Tempuh			
0. Tidak tahu	4,2	7,6	6,8
1. >30 menit	8,7	3,6	7,2
2. ≤30 menit	3,8	7,6	8,0
Umur saat Melahirkan			
0. <20 & >35 tahun	4,8	6,5	11,0
1. 20-35 tahun	3,9	7,7	6,8

Tabel 3. Hasil Analisis Multivariabel Determinan Kesenambungan Pelayanan Kesehatan Maternal

Variabel	B	S.E	Nilai P	Adjusted OR	95% CI
Pendidikan Ibu					
0. Rendah					
1. Sedang	0,582	0,022	0,000	1,789	1,715 1,866
2. Tinggi	0,948	0,041	0,000	2,581	2,380 2,799
Pekerjaan Ibu			0,000		
0. Bekerja					
1. Bekerja	0,322	0,042	0,000	1,379	1,271 1,497
Status Ekonomi			0,000		
0. Kuintil 1 – Kuintil 3					
1. Kuintil 4 – Kuintil 5	0,502	0,021	0,000	1,653	1,587 1,721
Status Kehamilan			0,000		
0. Belum menginginkan					
1. Menginginkan saat itu	0,283	0,027	0,000	1,327	1,259 1,399
Jenis Persalinan			0,000		
0. Caesar/Operasi					
1. Pervaginam	-0,340	0,102	0,001	0,712	0,582 0,582
2. Normal	-0,992	0,037	0,000	0,371	0,345 0,345
Komplikasi Kehamilan			0,000		
0. Dengan komplikasi					
1. Tanpa komplikasi	0,124	0,030		1,132	1,132 1,201
Komplikasi Persalinan			0,000		
0. Dengan komplikasi					
1. Tanpa komplikasi	-0,234	0,033		0,792	0,743 0,844
Waktu Tempuh Faskes			0,000		
0. Tidak tahu			0,000		
1. >30 menit	-0,490	0,064		0,613	0,540 0,695
2. ≤30 menit	0,461	0,022		1,586	1,519 1,657
Umur Saat Melahirkan			0,000		
0. < 20 dan > 35 tahun					
1. 20-35 tahun	0,208	0,024		1,231	1,174 1,292
Constant	-0,534	0,055	0,000	0,586	

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa sebagian besar kaum ibu belum memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal secara berkesinambungan. Padahal kesinambungan pelayanan kesehatan diperlukan di semua siklus kehidupan (remaja, kehamilan, persalinan, periode setelah persalinan, dan masa kanak-kanak).¹⁰

Rata-rata persentase ibu yang mendapatkan pelayanan kesehatan berkesinambungan hanya 40%, berbeda jauh lebih rendah dibandingkan dengan Kamboja (60%). Berdasarkan hasil studi di Kamboja tersebut, WenJuang melaporkan bahwa

keberhasilan pemerintah mereka dalam menjaga kesinambungan program KIA adalah karena kualitas pelayanan yang ditingkatkan termasuk keberhasilan pemerintah dalam berkolaborasi dengan berbagai pihak baik nasional maupun internasional. Padahal seperti diketahui, 30% penduduk Kamboja masih berada di bawah garis kemiskinan. Di samping itu, pengalaman Kamboja mencatat banyak ibu yang terputus kesinambungan pelayanan kesehatannya, terutama di masa pemeriksaan kehamilan. Menurut WenJuang, peningkatan kualitas dan keterampilan penolong persalinan dapat meningkatkan kunjungan dan kesinambungan pelayanan kesehatan.¹¹

Hasil analisis ini juga menunjukkan bahwa umumnya kaum ibu yang berisiko lebih menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan daripada yang tidak berisiko. Misal ibu yang melahirkan secara normal atau normal dengan bantuan (vakum/forcep) cenderung tidak melanjutkan memanfaatkan pelayanan kesehatan dibanding yang melahirkan dengan operasi Caesar. Hal ini diasumsikan karena mereka yang melahirkan normal merasa aman dan baik-baik saja sehingga tidak merasa perlu untuk menjaga kelangsungan pelayanan kesehatan maternal. Perasaan aman juga ditemui pada ibu yang melahirkan pada rentang usia 20-35 tahun, hingga mereka kurang atau abai menjaga semua tahap perawatan kesehatan. Rasa tidak perlu atau tidak butuh ini dapat diatasi dengan melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan perawatan kesehatannya sendiri. Tiap ibu memiliki kebutuhan yang berbeda-beda. Pemberian informasi yang tepat terkait kondisi kehamilan ibu dapat meningkatkan kepercayaan ibu terhadap tenaga kesehatan. Perasaan dilibatkan dalam perencanaan kehamilan dan perawatan kesehatan ini dapat meningkatkan “*awareness*” ibu sehingga mereka mau berkomitmen menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan.¹²

Kaum ibu berpendidikan rendah ternyata banyak yang terputus memanfaatkan pelayanan kesehatan dari pemeriksaan kehamilan hingga persalinan. Temuan ini sama dengan studi di Nigeria.¹³ Sebaliknya, ibu dengan pendidikan tinggi tidak memperhatikan pemeriksaan kehamilan dan hanya fokus pada masa menjelang hingga tiba saat persalinan. Di samping itu, kehamilan yang tidak diinginkan berpeluang tidak melakukan perawatan ANC, demikian pula hasil studi Dini dkk (2016).¹⁴ Sebaliknya jika kehamilan sekarang memang diharapkan oleh ibu dan keluarga menyebabkan ibu bersemangat memeriksakan kehamilan. Namun hasil positif yang diperoleh selama masa pemeriksaan kehamilan ternyata membuat ibu menjadi pasif dan yakin akan keadaan kehamilannya. Ibu tidak lagi bersemangat menjaga kesinambungan perawatan persalinan dan nifasnya. Hal ini menunjukkan kurangnya sosialisasi kepada semua ibu tentang pentingnya menjaga kesinambungan perawatan kesehatan di semua tahap kehamilan, persalinan

dan nifas. Untuk mencapai kesinambungan pelayanan kesehatan maternal, promosi tentang pentingnya mendapatkan perawatan tahap berikut sangat penting untuk disosialisasikan oleh petugas kesehatan di setiap tahap pelayanan.¹⁵

Ibu yang bekerja dan dari ekonomi mampu cenderung hanya memperhatikan kelangsungan pelayanan kesehatan di tahap kedua yaitu dari pemeriksaan kehamilan hingga melahirkan. Hal ini mungkin disebabkan karena kesibukan pekerjaan membuat ibu tidak sempat secara rutin memeriksa kehamilan dan melakukan perawatan nifas. Perlu dipertimbangkan *maternity leave* yang cukup selama kehamilan hingga masa nifas. Feller (2016) melaporkan bahwa di negara maju seperti Eropa dan Kanada cuti bekerja diberikan kepada wanita bekerja selama setahun dengan gaji tetap dibayarkan (*paid maternity leave*). Cuti bekerja yang cukup diasumsikan dapat menurunkan angka kematian bayi dan meningkatkan kesehatan ibu dan bayi, jika diukur antara lain melalui naiknya cakupan imunisasi dan ASI eksklusif serta menurunnya tingkat stress ibu.¹⁶ Cuti bekerja bagi ayah, terutama hingga beberapa bulan, dipercaya akan mempererat ikatan batin (*bonding*) antara ayah dan anak yang berguna meningkatkan kesehatan anak.¹⁷

Komplikasi kehamilan dan komplikasi persalinan umumnya belum terdeteksi pada trimester pertama, dan baru terdeteksi kemudian. Oleh sebab itu bagi ibu dengan riwayat komplikasi tersebut lebih menjaga kesinambungan perawatan kesehatan di masa mendekati persalinan dan nifas. Penyuluhan tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan sejak awal masa kehamilan untuk mendeteksi risiko harus diupayakan jauh sebelum ibu atau calon ibu memasuki masa kehamilan. Seperti yang dilakukan *Unicef* bekerjasama dengan pemerintah Kamboja (2013) dimana AKI sangat tinggi hingga mencapai 472/100.000 namun dapat diturunkan dengan salah satu strateginya adalah promosi gencar ANC sejak dini.¹⁸ Promosi kesehatan tersebut bisa dilakukan terhadap siswa putri di SLTA lewat program UKS atau kepada pasangan yang hendak menikah di KUA atau kantor catatan sipil.

Waktu tempuh yang panjang tidak menjadi halangan untuk ibu yang memeriksakan

kehamilan. Namun akan menjadi bahan pertimbangan jika harus diupayakan hingga sampai dengan persalinan dan nifas. Kaum ibu cenderung memilih fasilitas kesehatan yang dekat jika hendak mempertahankan kesinambungan pelayanan kesehatan sejak hamil, bersalin dan nifas. Temuan ini selaras dengan studi di Afrika, De-Graft (2006) menyatakan dalam laporannya bahwa wilayah yang mudah akses ke fasilitas kesehatan akan lebih baik kesinambungan pelayanannya. Penting untuk dipertimbangkan kunjungan pelayanan kesehatan ke rumah terutama rumah yang jauh dari fasilitas kesehatan. Atau mendekatkan ibu hamil ke fasilitas kesehatan selama menunggu proses kelahiran, misalnya di rumah kerabat atau “Rumah Tunggu” yang merupakan rumah yang diupayakan bersama sebagai tempat tinggal bagi ibu yang waktu kelahirannya sudah dekat.¹⁹

KESIMPULAN

Kesinambungan pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia masih lebih rendah dibandingkan dengan negara berkembang lain di Asia. Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal berkesinambungan masih kurang diupayakan oleh ibu yang berpendidikan rendah, tidak bekerja, dan status ekonomi tidak mampu. Sementara sebaliknya ibu yang berpendidikan tinggi, bekerja dan mampu secara ekonomi, lebih banyak yang telah melaksanakan pelayanan kesehatan yang sinambung, walau sebagian besar diantaranya hanya menjaga kelangsungan perawatan kesehatan di tahap kedua yaitu kunjungan pemeriksaan kehamilan ke 4 hingga persalinan saja. Kelompok yang harus menjadi perhatian adalah ibu dengan komplikasi dan ibu pada kelompok umur berisiko untuk melahirkan masih kurang menggunakan pelayanan kesehatan maternal secara berkesinambungan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih untuk Badan Litbangkes yang telah memberikan kesempatan untuk menulis artikel ini melalui media analisis lanjut. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada Tety Tejayanti yang telah memberi masukan

berdasarkan kajian yang telah dihasilkan.

DAFTAR RUJUKAN

1. Mujiati I. Pelayanan KB Pasca Persalinan dalam Upaya Mendukung Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan [Internet]. 2013[Cited 2017 Maret 15];2:11–6. Available from: www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/buletin-kespro.pdf.
2. Kementerian Kesehatan RI. Renstra Kemkes 2015-2019. 2015; Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf> [Cited 2017 Maret 15].
3. Montgomery AL, Fadel S, Kumar R, Bondy S, Moineddin R, Jha P. The effect of health-facility admission and skilled birth attendant coverage on maternal survival in India: A case-control analysis. PLoS One [Internet]. 2014;9(6):1–10. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0095696&type=printable>.
4. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencanan Nasional, Departemen Kesehatan, Macro International. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012 [Internet]. Sdki. 2013. Available from: <http://chnrl.org/pelatihan-demografi/SDKI-2012.pdf> [Cited 2017 Oktober 28].
5. Badan Litbangkes. Riset Kesehatan Dasar [Internet]. Badan Penelitian & Pengembangan Kesehatan RI., editor. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2013. Available from: http://labmandat.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2013/Laporan_riskedas_2013 [Cited 2015 November 27] final.pdf.
6. Rizma. Pelayanan Kesehatan [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 9]. Available from: <https://rizmafl.wordpress.com/2014/08/22/pelayanan-kesehatan-health-care/>.
7. Kemkes. Bahan Ajar KIA [Internet]. Jakarta: kemkes; 2014. Available from: <http://digilib.poltekkesdepkes-sby.ac.id/public/POLTEKKESBY-Books-703->

- LayoutBukuKIA06102015small.pdf
8. Putri DSK, Utami NH, Nainggolan O. Hubungan Kestinambungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Maternal Dengan Pemberian Imunisasi Lengkap Di Indonesia. *J Kesehat Reproduksi* [Internet]. 2016;7(2):135–44. Available from: <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/view/4966>
 9. Adhikari R. Effect of Women’s autonomy on maternal health service utilization in Nepal: a cross sectional study. *BMC Womens Health* [Internet]. *BMC Women’s Health*; 2016;16(1):26. Available from: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-016-0305-7>
 10. Kaslam P. Capaian Target Kesehatan Ibu dan Bayi di Indonesia [Internet]. 2015. Available from: http://gkia.org/Uploads/Materi/Filename/150609011648_3. Capaian Target Kesehatan Ibu dan Bayi di Indonesia.pdf
 11. WenJuan W, Hong R. Completing the continuum of care for maternal and newborn health in Cambodia: who drops out? *DHS Furth Anal Rep* [Internet]. 2013;xi + 24 pp. Available from: <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FA85/FA85.pdf>
 12. National Maternity Review. Better Births. Improving outcomes of maternity services in England [Internet]. 2016. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf>
 13. Akinyemi JO, Afolabi RF, Awolude OA. Patterns and determinants of dropout from maternity care continuum in Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 2016;1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1083-9>
 14. Lisa Indrian Dini, Pandu Riono NS. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *J Kesehat Reproduksi* [Internet]. 2016;7(April):119–33. Available from: <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/viewFile/5438/4474>
 15. Owili PO, Muga MA, Chou Y, Hsu YE, Huang N, Chien L. Associations in the continuum of care for maternal , newborn and child health : a population-based study of 12 sub-Saharan Africa countries. *BMC Public Health* [Internet]. *BMC Public Health*; 2016;1–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3075-0>
 16. Feller BS, Angeles CL, States U, Heymann J, Health P. Study : Longer maternity leave linked to better infant health. 2016; Available from: http://www.upi.com/Health_News/2016/03/30/Study-Longer-maternity-leave-linked-to-better-infant-health/4971459363627/
 17. US Department of labour. DOL POLICY BRIEF Paternity Leave fathers were stay at home [Internet]. 2015. Available from: <https://www.dol.gov/asp/policy-development/PaternityBrief.pdf>
 18. Unicef. Innovative Approaches to Maternal and Newborn Health Compendium of Case Studies [Internet]. 2013[Cited 2017 Maret 15]; Available from: https://www.unicef.org/health/files/Innovative_Approaches_MNH_CaseStudies-2013.pdf
 19. De Graft-Johnson J, Kerber K, Tinker A, Otchere S, Narayanan I, Shoo R. The continuum of care – reaching mothers and babies at the crucial time and place. *Oppor Africa’s Newborns* [Internet]. 2006;23–36. Available from: <http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionII.pdf>.