

No. ISBN: 978-623-88230-2-4

STRATEGI KEBIJAKAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN BAYI



Oleh:

**ULUM ROHMAT ROHMAWAN
KATMINI
EKA DIAH KARTININGRUM
DWI HELYNARTI SYURANDHARI**



**PENERBIT STIKES MAJAPAHIT MOJOKERTO
2023**

STRATEGI KEBIJAKAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN BAYI



Penulis:

**Ulum Rokhmat Rokhmawan
Katmini**

**Eka Diah Kartiningrum
Dwi Helynari Syurandhari**



Penerbit STIKES Majapahit Mojokerto

2023

STRATEGI KEBIJAKAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN BAYI

Penulis:

Ulum Rokhmat Rokhmawan
Katmini
Eka Diah Kartiningrum
Dwi Helynarti Syurandhari

Editor:

Dr. Rifaatul Laila Mahmudah, M.Farm-Klin.Apt.

ISBN.

978-623-88230-2-4

Penyunting:

Dr Henry Sudiyanto, SKp., MKes

Desain Sampul dan Tata Letak:

Widya Puspitasari, Amd

Penerbit:

STIKES Majapahit Mojokerto

Redaksi:

Jalan Raya Jabon Km 02 Mojoanyar Mojokerto
Telp. 0321 329915; Fax. 0321 329915
Email: mojokertostikesmajapahit@gmail.com

Distributor Tunggal:

STIKes Majapahit Mojokerto
Jalan Raya Jabon Km 02 Mojoanyar Mojokerto
Telp. 0321 329915; Fax. 0321 329915
Email: mojokertostikesmajapahit@gmail.com

Cetakan pertama, November 2023

Hak Cipta Dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam
bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis
dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Buku Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Bayi (AKI) telah dapat diterbitkan. Tujuan penyusunan buku ini adalah Merumuskan dan menganalisis Strategi Kebijakan pada naungan Dinas Kesehatan untuk Upaya menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Mojokerto. Buku Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Bayi ini disusun untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan kematian bayi dapat melakukan strategi serta bentuk dan Upaya yang harus dilakukan agar dapat menurunkan angka kematian bayi di Kabupaten Mojokerto. Data - data yang dipergunakan dalam proses penyusunan buku ini bersumber dari berbagai narasumber dibidang kesehatan.

Terbitnya buku ini diharapkan dapat memenuhi kebutuhan terhadap data dan informasi kesehatan di semua lini, baik instansi pemerintah/ swasta, organisasi profesi, mahasiswa, dan kelompok masyarakat lainnya. buku ini juga diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan dalam Menyusun strategi kebijakan dalam Upaya mengatasi Angka kematian bayi (AKI) baik di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Mojokerto maupaun provinsi yang berguna bagi perencanaan program pembangunan kesehatan berikutnya. Dengan menyadari kekurangan dan keterbatasan dalam penyusunan buku ini, maka saran-saran penyempurnaan akan diterima dengan senang hati.

Mojokerto, 13 November 2023

Penulis

DAFTAR ISI

Bab 1 PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang 1

Bab 2 KONSEP DASAR KEMATIAN BAYI

- A. Pengertian Kematian Bayi 11
B. Pengertian BBLR 15
C. Pengertian Angka Kematian Ibu (AKI) ... 18
D. Angka Kematian Bayi (AKB)..... 24

Bab 3 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEMATIAN BAYI

- A. Faktor yang Mempengaruhi Kematian Bayi
..... 31
B. Strategi Penurunan Angka Kematian Bayi 40
C. Skrinning Ibu Hamil 62
D. Skrinning Kehamilan 70
E. Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi
Dasar 78
F. Skrinning Bayi Baru Lahir..... 80

Daftar Pustaka

BAB 1

SITUASI UMUM KEMATIAN BAYI

A. Latar Belakang

Pembangunan di bidang kesehatan mengarah kepada upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan bagi masyarakat yang optimal. *Sustainable Development Goals* (SDGs) merupakan program kegiatan yang meneruskan agenda Milenium Development Goals (MDGs) untuk periode waktu tahun 2016-2030 sekaligus menindaklanjuti program MDGs yang belum selesai. SDGs yang telah disepakati terdapat 17 tujuan dan 169 target yang harus tercapai pada tahun 2030. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* yang selanjutnya disingkat TPB adalah dokumen yang memuat tujuan dan sasaran global tahun 2016 sampai tahun 2030. Tujuan dari SDGs adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada tahun 2030, mengakhiri kematian bayi baru lahir dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH (Kelahiran Hidup) dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 (Perpres Nomor 59, 2017). Selaras dengan upaya

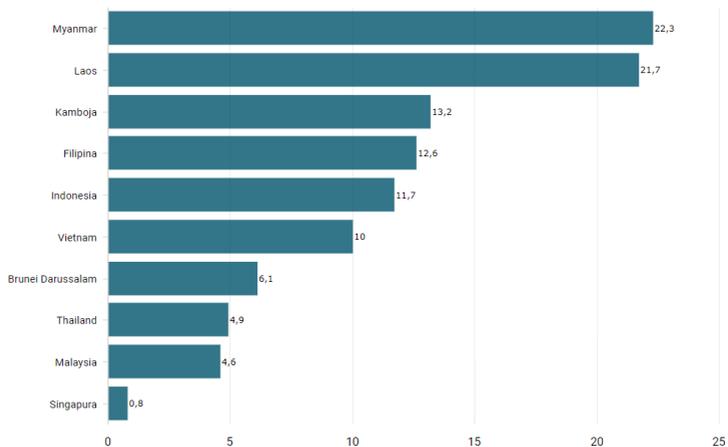
pemerintah tersebut adalah salah satu target yang ada dalam SDGs, yaitu upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Kematian bayi menjadi salah satu masalah kesehatan yang besar di Dunia. Sebagian besar kematian bayi dapat dicegah, dengan intervensi berbasis bukti yang berkualitas tinggi berupa data. Indikator ini menggambarkan secara umum situasional pelayanan kesehatan secara umum di suatu wilayah tersebut. Banyak faktor yang terkait dalam pencapaian indikator ini, menyangkut faktor pelayanan kesehatan, perilaku masyarakat terhadap kesehatan, pola sistem rujukan pelayanan dasar, dan kualitas Sumber Daya Manusia Kesehatan di wilayah tersebut. Angka Kematian Bayi (AKB) selalu menggambarkan kualitas pembangunan daerah karena sedikit banyaknya angka ini juga turut menyumbang perhitungan Umur Harapan Hidup (UHH) yang pada gilirannya juga berperan dalam perhitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) di wilayah tersebut (Abdiana, 2015).

Kematian Bayi adalah kematian yang terjadi pada usia 0 - 11 bulan tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan, bencana, cedera atau bunuh diri. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah bayi usia 0 - 11

bulan yang meninggal di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu per 1.000 jumlah kelahiran hidup di wilayah dan kurun waktu yang sama (Definisi Operasional Profil Kesehatan, 2022). Berdasarkan data Bank Dunia, angka kematian bayi neonatal (usia 0-28 hari) Indonesia sebesar 11,7 dari 1.000 bayi lahir hidup pada 2021. Artinya, terdapat antara 11 sampai 12 bayi neonatal yang meninggal dari setiap 1.000 bayi yang terlahir hidup. Indonesia menempati urutan ke 5 (11,7%). Dapat dilihat pada gambar di bawah ini bagaimana data angka kematian bayi usia neonatal (0 - 28 hari) di ASEAN tahun 2021 sebagai berikut :

Gambar 1.1
Angka Kematian Bayi di ASEAN



Sumber : <https://databoks.katadata.co.id/>

Profil Kesehatan Jawa Timur tahun 2021 angka kematian bayi Jawa Timur menunjukkan sebesar 6,2/1.000 KH. Proporsi kematian bayi di Jawa Timur pada tahun 2021 masih banyak terjadi pada neonatal (0 - 28 hari), yaitu sebanyak 73,87%. Kematian balita secara total sebanyak 3.598 balita meninggal. Dalam empat tahun terakhir (2017 - 2021) jumlah kematian bayi di Jawa Timur terlihat cenderung mengalami penurunan, begitu pula jika dilihat dari Angka Kematian Bayi (AKB) yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2015 - 2019 cenderung stagnan menurun, sedangkan pada tahun 2020 dan 2021 BPS tidak mengeluarkan Angka Kematian Bayi.

Gambar 1.2
Jumlah Kematian Bayi Tahun 2017 - 2021 di Jawa Timur



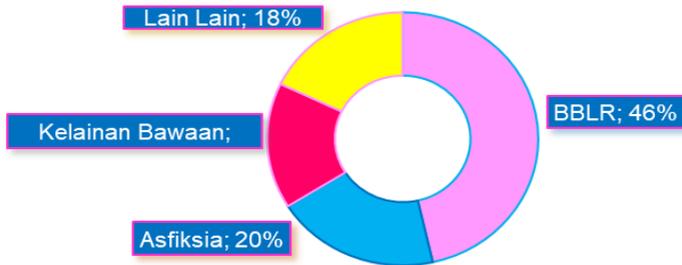
Sumber : Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2021)

Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur menjelaskan bahwa penyebab yang paling tinggi di Jawa Timur adalah

BBLR. Kedua penyebab kematian tertinggi ditempati oleh asfiksia. Penyebab terbanyak kematian bayi di Kabupaten Mojokerto adalah **BBLR** (Berat Badan Bayi Lahir Rendah) sebesar 46%, diikuti yang kedua dikarenakan asfiksia (20%).

Manuaba dalam (Amelia, 2019: 227) menjelaskan bahwa **BBLR** adalah berat bayi lahir rendah (**BBLR**) merupakan bayi dengan berat badan lahir < 2.500gram tanpa memandang usia gestasi. Asfiksia adalah kondisi kekurangan oksigen pada pernapasan yang bersifat mengancam jiwa (Kuniasih, dkk., 2017). Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Mojokerto Tahun 2021 AKB sebesar 4,5/1.000 KH. Dalam empat tahun terakhir (2017 - 2021) jumlah kematian bayi di Kabupaten Mojokerto terlihat cenderung menurun, walaupun di tahun 2019 menurun drastis kemudian di tahun 2020 naik, tetapi cenderung menurun ke tahun 2021.

Gambar 1.3
Jumlah Penyebab Kematian Neonatal di Kabupaten Mojokerto



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto (2021)

Walapun AKB di Kabupaten Mojokerto mengalami penurunan dari tahun sebelumnya, tetapi masih menjadi perhatian khusus dalam menanganinya dan belum sesuai ekspektasi yang seharusnya 0 kematian. Karena berarti masih ada kematian bayi dalam satu bulan sebanyak 6 kematian. Hal ini menjadi perhatian khusus Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto dalam upaya penurunannya. Jika dibandingkan dengan cakupan K1 (96,2%) dan K4 (87,6%) yang tinggi dapat ditarik kesimpulan bahwa kunjungan Ibu Hamil sudah tinggi tetapi masih ada kematian bayi.

Kematian bayi dapat dibedakan menjadi dua berdasarkan penyebabnya, yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian bayi dipengaruhi oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak

lahir, dan berhubungan langsung dengan status kesehatan bayi. Penyebab langsung kematian bayi antara lain berat bayi lahir rendah (BBLR), infeksi pasca lahir. (tetanus neonatorum, sepsis), hipotermia dan asfiksia (Kemenkes RI, 2010). Sedangkan kematian bayi oleh penyebab tidak langsung dipengaruhi oleh lingkungan luar dan aktivitas ibu ketika hamil, seperti: faktor sosial ekonomi, pelayanan kesehatan, keadaan ibu selama kehamilan, dan pengaruh lingkungan (Depkes RI, 2011).

BBLR merupakan penyumbang terbesar Kematian Bayi, dimana Manuaba dalam (Amelia, 2019: 227) menjelaskan penyebab BBLR dapat terjadi pada bayi kurang bulan (prematum) dan bayi cukup bulan (dismatur). Prematur adalah neonatus dengan dengan usia kehamilan < 37 minggu dan mempunyai berat badan yang sesuai dengan masa kehamilan atau disebut juga neonatus preterm atau BBLR. Faktor penyebab persalinan prematum:

- a. Faktor kehamilan : persalinan premature dapat terjadi akibat hamil ganda, hamil dengan hidromnion, pendarahan atepartum, serta komplikasi hamil misalnya preeklamsi, eklamsi, dan ketuban pecah dini.

- b. Faktor ibu : kekurangan gizi, pernah melahirkan prematur, umur ibu terlalu muda, jarak hamil sangat dekat, ibu memiliki penyakit menahun, pernah mengalami pendarahan.

Menurut penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Andriani, dkk (2016) dengan judul Faktor Penyebab Kematian Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Ngombol Kabuapten Purworejo (Studi Kasus Tahun 2015) memberikan kesimpulan sebagian besar penyebab langsung dari kematian di wilayah Ngombol adalah Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Asfiksia, dan Kelainan Kongenital. Faktor ibu yang menjadi penyebab tidak langsung didominasi oleh umur ibu yang sebagian besar di atas 30 tahun dan umur kehamilan ibu yang kurang dari 37 minggu sehingga bayi lahir prematur. Faktor bayi yang menjadi penyebab tidak langsung kematian bayi di wilayah kecamatan Ngombol didominasi oleh bayi lahir dengan berat badan rendah.

Faktor lingkungan yang menjadi penyebab tidak langsung didominasi oleh kondisi rumah yang tidak sehat, paparan kimia dari asap rokok dan penyimpanan pestisida atau pupuk yang tidak benar, serta perilaku hidup bersih dan sehat yang masih rendah. Faktor pelayanan kesehatan

yang menjadi penyebab tidak langsung didominasi oleh kualitas pelayanan antenatal, kualitas pelayanan nifas dan neonatus, dan sosialisasi kesehatan.

Penyebab kematian di Kabupaten Mojokerto dengan wilayah Ngomboh Kabupaten Purworejo. Beberapa upaya dengan adanya inovasi telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto. Puskesmas juga melaksanakan inovasi untuk menekan angka kematian bayi, salah satunya adalah Puskesmas Bangsal dengan Permen Simela yaitu dengan menjemput ibu hamil dengan segera lalu diantarkan ke Puskesmas untuk mendapatkan persalinan di PONEB Puskesmas Bangsal. Ini merupakan salah satu inovasi untuk menekan angka kematian Ibu dan Bayi. Upaya - upaya yang telah dilakukan sudah baik, tetapi masih ada saja kematian Ibu dan Bayi. Dan yang masih tinggi penyebab kematian bayi di Kabupaten Mojokerto adalah BBLR, dengan cakupan K1 K4 tinggi masi tinggi angka kematian bayi dengan BBLR yang tertinggi.

Menurunkan AKI dan AKB sebagai indikator kunci di dalam target pencapaian pembangunan yang berkelanjutan, merupakan upaya yang sangat berat dan sampai saat ini belum bisa memenuhi tujuan dan harapan

kita semuanya. Berbagai upaya sudah dilakukan, sejumlah dana sudah digelontorkan, segenap potensi sudah dikerahkan, namun tetap saja target yang telah ditetapkan tidak kunjung tercapai. Masalah nasional ini memerlukan kajian ulang dan mendalam, untuk mempelajari faktor-faktor apa saja yang menyebabkan AKI dan AKB tidak bisa diturunkan secara bermakna, sekaligus mencari peluang kekuatan apa saja yang ada dimasyarakat yang bisa dimanfaatkan untuk mempercepat proses penurunan AKI dan AKB tersebut. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui faktor-faktor apa saja penyebab kematian bayi dan strategi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto untuk Penurunan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Mojokerto.

BAB 2

KONSEP DASAR KEMATIAN BAYI

A. Pengertian Kematian Bayi

Kematian atau mortalitas adalah salah satu dari tiga komponen proses demografi yang berpengaruh terhadap struktur penduduk. Dua komponen proses demografi lainnya adalah kelahiran (*fertilitas*), dan mobilitas penduduk. Tinggi rendahnya tingkat mortalitas penduduk di suatu daerah tidak hanya mempengaruhi pertumbuhan penduduk, tetapi juga merupakan barometer dari tinggi rendahnya tingkat kesehatan masyarakat di daerah tersebut (Bagus, 2008).

Mati ialah hilangnya tanda kehidupan secara permanen, yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup. Keadaan mati selalu didahului oleh keadaan hidup, karena kematian tiada pernah ada kalua tidak ada kehidupan. Sedangkan hidup dimulai dengan lahir hidup (*live birth*) (Bagus, 2008).

Anak usia 0 bulan sampai dengan 1 tahun, dengan pembagian usia neonatal 0-28 hari, masa neonatal awal 0-7 hari, masa neonatal akhir 8-28 hari (Soetjningsih, 2017). Anak merupakan aset berharga bangsa dan pewaris masa depan negara. Oleh karena itu, sangat penting untuk

memperhatikan dan memprioritaskan tumbuh kembang bayi Anda. Usia bayi berkisar antara 0 hingga 12 bulan, masa bayi baru lahir disebut juga dengan masa emas atau golden age. Pada masa ini, proses tumbuh kembang terjadi dengan sangat cepat dan sangat menentukan perkembangan anak di masa depan. Agar tahap ini dapat berkembang sesuai dengan yang diharapkan, anak harus mendapat rangsangan yang tepat sejak dini agar otak dapat berkembang secara maksimal dan terhindar dari gangguan pertumbuhan (Mahayu, 2016).

Bayi adalah mereka yang lahir hingga usia 12 bulan namun belum ada batasannya. Menurut ilmu psikologi, masa bayi adalah masa perkembangan yang berlangsung sejak lahir sampai usia 18 atau 24 bulan. Masa kanak-kanak merupakan masa ketergantungan yang besar terhadap orang dewasa (Marmi & Rahardjo, 2015). Setelah lahir, terutama pada tiga tahun pertama kehidupan, pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak terus berlanjut, serabut dan cabang saraf berkembang, membentuk suatu jaringan kompleks yang terdiri dari saraf dan otak. Keterampilan berbahasa, kreativitas, kognisi sosial, emosi dan kecerdasan mengalami kemajuan yang

sangat cepat dan menjadi dasar untuk pengembangan selanjutnya (Marni & Rahardjo, 2015).

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berumur tepat satu tahun. Banyak faktor yang dikaitkan dengan kematian bayi. Secara garis besar, dari sisi penyebabnya, kematian bayi ada dua macam yaitu endogen dan eksogen.

Kematian bayi endogen atau yang umum disebut dengan kematian neonatal adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor - faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama bulan kehamilan.

Kematian bayi eksogen atau kematian post neo - natal adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor - faktor dari luar atau pengaruh lingkungan luar seperti keadaan sosial ekonomi, jumlah sarana medis, penolong pertama pada kelahiran, jumlah air bersih dan sebagainya (Puspitasari, E. 2013).

Kematian bayi menjadi salah satu masalah kesehatan yang besar di Dunia. Sebagian besar kematian bayi dapat dicegah, dengan intervensi berbasis bukti yang

berkualitas tinggi berupa data. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) kematian bayi pada tahun 2017 adalah sebesar 24/1.000 KH dengan kematian neonatal 15/1.000. Terjadi penurunan angka kematian bayi (AKB) pada tahun 2017, dibandingkan AKB pada tahun 2012 yang berjumlah 32/1.000 KH dan 19/1.000 KH neonatal, dan tetap sama dengan angka kematian neonatal pada tahun 2007 dengan angka kematian bayi 35/1.000 KH yang terdapat penurunan dibandingkan pada tahun 2002 (kematian bayi 44/1.000 KH serta 23/1.000 kematian neonatal).

Data kematian bayi di Indonesia menunjukkan bahwa telah terjadi penurunan angka kematian bayi, tetapi belum memenuhi standar angka kematian bayi yang ditentukan. Kemajuan yang dicapai dalam bidang pencegahan dan pemberantasan berbagai penyakit penyebab kematian akan tercermin secara jelas dengan menurunnya tingkat AKB. Jadi AKB merupakan tolok ukur yang sensitif dari semua upaya intervensi yang dilakukan oleh pemerintah khususnya di bidang kesehatan.

AKB merupakan salah satu indikator derajat kesehatan dalam *Sustainable Development Goal* (SDGs)

dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. *Goal* SDGs ke tiga yaitu *Good Health and Well-being* menjelaskan bahwa salah satu dampak yang diharapkan yaitu dituntaskannya kematian bayi yang dapat dicegah, yang ditargetkan pada tahun 2030. Semua negara diharapkan berpartisipasi untuk menekan angka kematian bayi menjadi 12/1.000 KH.

Berbagai upaya yang dinilai mempunyai dampak cukup besar terhadap penurunan AKB telah dilaksanakan antara lain dengan mengupayakan persalinan agar dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir. Penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor apa saja yang menjadi penyebab kematian bayi di Indonesia.

B. Pengertian BBLR.

Bayi berat lahir rendah (BBLR) diartikan sebagai bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram (Mahayana et al., 2015). Berat badan merupakan salah satu indikator kesehatan pada bayi yang baru lahir. Bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan ketidak mampuan

lebih dalam aktifitas karena keterbatasan fisik/mental pada neonatus, bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupan di masa depan (Zahra et al., 2018).

BBLR disebabkan oleh faktor ibu adalah gizi saat hamil yang kurang, jarak hamil dan bersalin terlalu dekat, hipertensi. Faktor kehamilan seperti hamil dengan hidramnion, hamil ganda, perdarahan antepartum, komplikasi kehamilan: preeklamsia/eklamsi, ketuban pecah dini. Faktor janin, seperti cacat bawaan, infeksi dalam rahim (Zahra et al., 2018). Hal ini juga dinyatakan oleh penelitian yang dilakukan Nur (2018) dengan judul risiko paparan asap rokok, ketuban pecah dini dan plasenta ringan terhadap BBLR di RSUD anutapura palu, menyatakan bahwa ada banyak faktor yang berkontribusi terhadap BBLR, baik ibu maupun janin.

Berat badan saat lahir secara langsung dipengaruhi oleh tingkat umum status kesehatan ibu. Lingkungan ibu adalah penentu paling penting dari berat lahir dan faktor-faktor yang mencegah sirkulasi normal di plasenta yang menyebabkan gizi buruk dan pasokan oksigen ke janin kurang, sehingga membatasi pertumbuhan janin.

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama, diperkirakan 15- 20% dari kelahiran di seluruh dunia adalah BBLR yang setara dengan > 20 juta kelahiran setiap tahunnya (Heryani, 2019; Andriani, 2017).

Definisi WHO tahun 2017 terkait BBLR yaitu sebagai bayi yang lahir dengan berat ≤ 2500 gr. WHO mengelompokkan BBLR menjadi 3 macam, yaitu BBLR (1500- 2499 gram), BBLR (1000- 1499 gram), BBLR (< 1000 gram). Hartiningrum & Fitriyah (2018) mengungkapkan bahwa sebesar 60 - 80% dari Angka Kematian Bayi (AKB) yang terjadi, disebabkan karena BBLR. Bayi dengan BBLR memiliki risiko morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan bayi lahir yang memiliki berat badan normal (NussbaumerStreit et al., 2020).

Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 angka kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Indonesia mencapai 6,2%. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018, proporsi bayi dengan berat lahir < 2500 gram (BBLR) di seluruh Provinsi yang ada di Indonesia sekitar 6,2%

(Proporsi ini merupakan hasil rata-rata dari seluruh kasus BBLR yang terjadi di Indonesia (Septiani & Ulfa, 2018).

C. Pengertian Angka Kematian Ibu (AKI)

1. Pengertian

Kematian Ibu merupakan kematian seorang wanita saat hamil, melahirkan, atau 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lamanya lokasi kehamilan melainkan disebabkan oleh hal-hal yang berhubungan langsung dengan kehamilan dan bukan karena kecelakaan atau faktor kebetulan [Kevin dkk. dalam Madani. 2022].

Menurut Kepala BKKBN angka kematian ibu dan bayi di Indonesia masih terbilang cukup tinggi. Diketahui pada tahun 2017 angka kematian ibu di seluruh dunia mencapai 810 jiwa pada setiap harinya akibat persalinan dan 94% ibu yang mengalami kematian tersebut berada di negara yang berpenghasilan rendah. Menurut World Health Organization (WHO) 75% kematian ibu hamil dan melahirkan disebabkan oleh adanya pendarahan saat melahirkan, infeksi dan tekanan darah tinggi pada ibu saat masa kehamilan.

2. Penyebab Angka Kematian Ibu (AKI).

Adapun faktor penyebab kematian ibu disebabkan oleh 2 faktor, antara lain :

- a) faktor penyebab langsung meliputi eklampsia, perdarahan, aborsi, infeksi, dan partus lama.
- b) faktor Penyebab tidak langsung nya meliputi status wanita dalam berkeluarga, keberadaan anak, sosial dan budaya, pendidikan, ekonomi, dan kondisi geografis suatu daerah

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi tolak ukur yang penting dalam mengukur tingkat kesehatan negara dan keberhasilan program kesehatan yang telah dilaksanakan. [Desvita Anggraini dkk, dalam Madani. 2022].

Eklampsia merupakan suatu kelainan yang terjadi pada masa kehamilan, saat melahirkan atau setelah kelahiran, akibat komplikasi yang berhubungan dengan preeklampsia, ditandai dengan terjadinya kejang dan kemungkinan koma. Dengan preeklampsia, tekanan darah tinggi pada ibu akan mengurangi suplai darah ke janin. Akibatnya, janin tidak mendapat oksigen dan nutrisi sebanyak biasanya. Sebagian besar kasus eklampsia terjadi pada

trimester terakhir kehamilan, dengan sekitar 80% eklamsia terjadi saat kelahiran atau dalam waktu 48 jam setelah kelahiran. Kasus yang jarang dilaporkan terjadi sebelum minggu ke-20 kehamilan atau hingga 23 hari setelah kelahiran.

Perdarahan postpartum atau perdarahan postpartum adalah suatu kondisi dimana darah mengalir dari jalan lahir segera setelah melahirkan. Perdarahan setelah melahirkan dalam jumlah normal merupakan hal yang normal dan disebut dengan lokia atau pasca melahirkan. Kondisi ini bisa mengkhawatirkan bila terjadi pendarahan yang banyak, melebihi 500 cc, dalam waktu 24 jam setelah melahirkan.

Pada situasi akut, yaitu ketika terjadi kehilangan banyak darah, langkah pertama yang harus dilakukan adalah memberikan penggantian cairan intravena. Selain itu, pengobatan yang dilakukan meliputi mengatasi penyebab perdarahan pasca melahirkan, seperti mengonsumsi obat penambah kontraksi rahim, seperti oksitosin, dan melakukan kuretase jika masih terdapat sisa jaringan plasenta di dalam rahim. Memberikan dan mentransfusikan darah dan

komponen darah, jika ada. Pendarahan masif pada pasien. Salah satu komplikasi potensial dari perdarahan pasca melahirkan adalah kehilangan darah dalam jumlah banyak, yang dapat menyebabkan sejumlah komplikasi seperti peningkatan detak jantung, pernapasan cepat, dan penurunan aliran darah. Gejala-gejala ini dapat membatasi aliran darah ke hati, otak, jantung atau ginjal, sehingga menyebabkan syok dan kematian.

Ibu hamil seringkali tidak menyadari dirinya terkena infeksi. Banyak ibu hamil yang menganggap keputihan saat hamil adalah hal yang normal, padahal keputihan bisa menjadi tanda infeksi bakterial vaginosis (BV) atau infeksi lainnya. Infeksi ini mungkin sudah terjadi sebelum kehamilan. Infeksi dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan kematian pada bayi baru lahir.

Hingga saat ini, persalinan lama juga menjadi salah satu dari sekian banyak penyebab kematian ibu dan bayi baru lahir. Rata-rata, persalinan lama di seluruh dunia menyebabkan 8% kematian ibu. Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya persalinan lama, antara lain posisi janin, kelainan

panggul, kelainan histologis, persalinan tidak tepat, janin besar, kelainan bawaan, perut kendur, bayi besar, usia dan ketuban pecah dini. Akibat dari persalinan lama adalah infeksi, robekan perineum, kontraktur patologis, pembentukan fistula, kerusakan otot panggul pada janin khususnya caput succedaneum dan kebocoran empedu pada kepala janin.

Ibu hamil seringkali tidak menyadari dirinya terkena infeksi. Banyak ibu hamil yang menganggap keputihan saat hamil adalah hal yang normal, padahal keputihan bisa menjadi tanda infeksi akibat bakterial vaginosis (BV) atau infeksi lainnya. Infeksi ini mungkin sudah terjadi sebelum kehamilan. Infeksi dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan kematian pada bayi baru lahir.

Hingga saat ini, persalinan lama juga menjadi salah satu dari sekian banyak penyebab kematian ibu dan bayi baru lahir. Rata-rata, persalinan lama di seluruh dunia menyebabkan 8% kematian ibu. Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya persalinan lama, antara lain posisi janin, kelainan panggul, kelainan histologis, persalinan tidak tepat,

janin besar, kelainan bawaan, perut kendur, bayi besar, usia dan ketuban pecah dini. Akibat dari persalinan lama adalah infeksi, robekan perineum, kontraktur patologis, pembentukan fistula, kerusakan otot panggul pada janin khususnya caput succedaneum dan kebocoran empedu pada kepala janin.

Faktor yang berhubungan dengan status perempuan dalam keluarga yang dapat berpengaruh pada kematian ibu antara lain tingkat pendidikan, pekerjaan, status keluarga dalam masyarakat (pendapatan keluarga, aset keluarga, tingkat pendidikan dan status pekerjaan anggota keluarga), dan terakhir status masyarakat, termasuk tingkat kesejahteraan, ketersediaan sumber daya, serta ketersediaan dan kemudahan perjalanan (Syafrudin, 2009).

Kematian maternal lebih banyak terjadi pada ibu dengan karakteristik pendidikan di bawah Sekolah Menengah Pertama (SMP), kemampuan membayar biaya pelayanan persalinan rendah, terlambat memeriksakan kehamilannya, serta melakukan persalinan di rumah. Disamping itu,

kematian ibu bisa juga disebabkan aksesibilitas yaitu, kualitas pelayanan, ketersediaan, keterjangkauan, kesesuaian dan penerimaan di fasilitas pelayanan rujukan.

D. Angka Kematian Bayi (AKB)

1. Pengertian

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan kematian pada bayi yang terjadi saat antara bayi lahir sampai dengan bayi berusia satu tahun (Kevin dkk. dalam Madani. 2022).

Angka kematian bayi (AKB) merupakan jumlah kematian penduduk berumur kurang dari 1 tahun yang dicatat selama satu tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama (Mubarak, 2009)

Banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Nilai normatif AKB kurang dari 40 sangat sulit diupayakan penurunannya (*hard rock*), antara 40-70 tergolong sedang namun sulit untuk diturunkan, dan lebih besar dari 70 tergolong mudah untuk diturunkan (Ibrahim, 2011).

Tidak hanya angka kematian ibu yang masih tinggi, angka kematian bayi juga masih menjadi masalah kesehatan yang besar di dunia. Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) kematian bayi pada tahun 2017 sebesar 24/1000 kelahiran hidup dengan angka kematian neonatal sebesar 15/1000 kelahiran hidup. Sedangkan, pada tahun 2017 terjadi penurunan angka kematian bayi dibandingkan 10 tahun terakhir yaitu tahun 2012 dan 2007. Namun, hal tersebut masih belum memenuhi standar angka kematian bayi yang telah ditentukan.

2. Penyebab

Untuk penyebab terjadinya kematian bayi disebabkan oleh 2 hal, yaitu penyebab endogen dan eksogen. Penyebab endogen merupakan penyebab kematian bayi oleh faktor-faktor internal, yaitu faktor dari sang ibu saat masa konsepsi, sedangkan penyebab eksogen merupakan penyebab kematian bayi oleh faktor lingkungan luar. Angka Kematian Bayi ini juga memiliki peran penting dalam mewujudkan derajat kesehatan sebuah negara. Untuk itu, AKB dan AKI ini

penting untuk menjadi fokus arah program pemerintah.

Telah terjadi penurunan angka kematian anak dalam 10 - 15 tahun terakhir meskipun kematian neonatal dini dan lahir mati masih tinggi, dari 7,7 kematian bayi setiap tahun lebih dari separuh terjadi pada waktu perinatal atau usia dibawah 1 bulan. Tiga perempat dari kematian ini terjadi pada minggu pertama kehidupan. Lebih jauh, untuk setiap bayi baru lahir meninggal, terjadi pula 1 lahir mati. Penyebab kematian adalah asfiksia, trauma kelahiran, infeksi, prematuritas, kelainan bawaan, dan sebab - sebab lain. Jika tidak meninggal, keadaan ini akan meninggalkan masalah bayi dengan cacat (Prawiroharjo, 2009).

Dalam praktek dukungan emosional bagi ibu yang tengah mengalami kegawatdaruratan obstetrik dan jika terjadi kematian bayi atau bayi lahir abnormal beberapa faktor spesifik perlu dipertimbangkan (Saifuddin, 2002).

Penurunan angka kematian perinatal yang lambat disebabkan pula oleh kemiskinan, status perempuan yang rendah, gizi buruk, deteksi dan pengobatan kurang cukup, kehamilan dini, akses dan

kualitas asuhan antenatal, persalinan, dan nifas yang buruk (Prawiroharjo, 2009)

3. Perhitungan Angka Kematian bayi

Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan anak-anak bertempat tinggal termasuk pemeliharaan kesehatannya. AKB cenderung lebih menggambarkan kesehatan reproduksi dari pada Akaba. Meskipun target program terkait khusus dengan kematian balita, AKB relevan dipakai untuk memonitor pencapaian target program karena mewakili komponen penting pada kematian balita (Mubarak, 2009).

Angka kematian bayi (AKB) ialah jumlah kematian penduduk berumur kurang dari 1 tahun yang dicatat selama satu tahun per 1000 kelahiran hidup (Mubarak, 2009) pada tahun yang sama rumusnya sebagai berikut:

$$\text{AKB} = \frac{\text{Jumlah kematian usia 0-1 tahun Yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{Jumlah lahir hidup pada tahun yang sama}} \times 1000$$

Atau

$$\frac{\text{Jumlah kematian usia 0-1 tahun Yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{Jumlah lahir hidup pada tahun yang sama}}$$

Perhitungan angka kematian bayi berdasarkan rumus di atas secara demografis disebut *infant death rate* dan hanya menggambarkan kematian bayi secara sepiantas dan kurang terinci karena perhitungan dilakukan terhadap kedua jenis kelamin. Sedangkan kita ketahui bahwa kematian bayi laki - laki tidak sama dengan kematian bayi perempuan. Selain itu, pada *infant death rate* kematian dan kelahiran dihitung pada tahun yang sama dan tidak menggambarkan kohort yang sama (Mubarak, 2009).

Perhitungan angka kematian bayi mempunyai cara yang berbeda dengan cara perhitungan angka golongan usia yang lain, karena sebagai penyebut tidak digunakan angka kematian golongan usia dan jumlah penduduk pertengahan tahun, tetapi digunakan jumlah lahir hidup. Hal ini disebabkan perhitungan jumlah tahun hidup pada bayi sulit dilakukan karena umumnya kematian bayi tidak

merata sepanjang tahun. Kita ketahui bahwa kematian bayi tertinggi pada hari - hari pertama setelah dilahirkan hingga jumlah penduduk pertengahan tahun tidak digunakan untuk menafsirkan jumlah tahun hidup (Mubarak, 2009).

BAB 3

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEMATIAN BAYI

Program perencanaan pembangunan nasional dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia terus digencarkan oleh pemerintah. Program tersebut harus dijalankan berdasarkan UU No 25 tahun 2004 yang merupakan bentuk tata cara perencanaan pembangunan yang dapat menghasilkan program pembangunan dalam jangka panjang, jangka menengah dan jangka tahunan yang dilaksanakan oleh pemerintah daerah hingga pemerintah pusat. Program perencanaan pembangunan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi perlu disusun secara sistematis dan terpadu. Beberapa program telah dilakukan sebagai upaya menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi di Indonesia namun, masih belum mencapai target yang ditentukan oleh pemerintah dan badan kesehatan dunia maupun nasional. Oleh sebab itu, hingga saat ini pemerintah masih berupaya menangani permasalahan kesehatan pada ibu dan anak, terlebih negara Indonesia merupakan negara berkembang dan banyak daerah yang masih sulit mendapatkan fasilitas kesehatan yang layak.

A. Faktor Yang Mempengaruhi Kematian Bayi

1. Usia bayi

Usia bayi merupakan umur dimana anak memiliki risiko paling tinggi terjadi gangguan kesehatan, yang bisa berakibat fatal tanpa penanganan. Berbagai upaya dilakukan untuk menangani masalah kesehatan ini, diantaranya agar tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan yang menangani persalinan, serta menjamin tersedianya pelayanan.

2. Pemeriksaan ANC

Antenatal care (ANC) merupakan pelayanan antenatal care bagi ibu hamil untuk menjamin kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan. Perawatan prenatal meliputi identifikasi risiko, pencegahan komplikasi selama kehamilan, pendidikan dan promosi kesehatan. Pemeriksaan ibu hamil ini harus dilakukan secara berkala minimal 6 kali sepanjang masa kehamilan. Dengan rincian 2 ujian semester 1, 1 ujian semester 2 dan 3 ujian semester 3. Tes ANC bertujuan untuk mendeteksi kondisi kehamilan, terutama jika terdapat kecenderungan kehamilan berbahaya. Pelayanan

prenatal ini meliputi: memantau perkembangan kehamilan dan menjamin kesehatan ibu serta tumbuh kembang bayi, meningkatkan dan memelihara kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan janin, pengenalan dini kelainan atau komplikasi yang mungkin timbul selama kehamilan. hamil hamil, bersiap melahirkan cukup bulan; Persalinan yang aman, meminimalisir cedera pada ibu dan anak, mempersiapkan ibu menghadapi masa nifas dan mempersiapkan pemberian ASI Eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menyambut kelahiran kehidupan, tumbuh kembang anak.

Pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu bentuk layanan kesehatan dengan tujuan mengawasi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim untuk mencegah kesakitan dan kematian. Pelaksanaan *Antenatal Care* (ANC) dilakukan di puskesmas, puskesmas pembantu, pondok bersalin desa (polindes) dan pos pelayanan terpadu (posyandu).

3. Berat Badan Bayi

Berat badan lahir rendah pada bayi dibagi atas :

1) Berat lahir cukup yaitu bayi dengan berat lahir \leq 2500 gram, 2) Bayi berat lahir rendah (BBLR) yaitu bayi dengan berat badan lahir antara 1500 - 2500 gram, 3) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) yaitu bayi dengan berat badan lahir 1000 - 1500 gram, 4) Bayi berat lahir amat sangat rendah (BBLASR) yaitu bayi lahir hidup dengan berat badan lahir kurang dari 1000 gram.

Berat badan lahir rendah dapat menyebabkan gangguan pada pertumbuhan dan perkembangan fisik keterbelakangan mental dan kemunduran di masa depan. Menurut WHO, salah satu penyebab kematian pada bayi baru lahir adalah berat badan lahir rendah. Permasalahan utama bayi berat lahir rendah adalah angka kematian perinatal yang sangat tinggi dibandingkan angka kematian bayi normal. Menurut WHO, berat badan lahir rendah merupakan penyebab utama dua pertiga kematian neontaus. Sekitar 16% kelahiran hidup, atau 20 juta bayi setiap tahun, lahir dengan berat badan kurang

dari 2.500 gram dan 90% berasal dari negara berkembang.

4. Jenis Kelamin Bayi

Jenis kelamin merupakan salah satu yang dapat memberikan perbedaan angka kejadian pada pria dan wanita. Karakteristik jenis kelamin mempunyai hubungan tersendiri yang cukup erat dengan sifat keterpaparan dan kerentanan terhadap penyakit tertentu.

Anak perempuan mempunyai tingkat kematian yang lebih rendah dan harapan hidup yang lebih tinggi dibandingkan anak laki-laki. Penelitian Hasanah dkk (2016) juga menunjukkan adanya hubungan antara jenis kelamin anak dengan angka kematian neonatal dengan p value 0,007 dan OR 3,525, menunjukkan bahwa anak laki-laki memiliki angka kematian lebih tinggi dibandingkan anak perempuan. Penelitian ini sejalan dengan hasil Pertiwi (2010) yang menyatakan terdapat hubungan antara jenis kelamin anak dengan angka kematian neonatal dengan nilai p-value sebesar 0,001.

Status biologis, dilihat dari kromosom anak perempuan memiliki kromosom XX sedangkan anak

laki-laki memiliki kromosom XY. Jika salah satu kromosom X anak perempuan rusak atau kurang baik, maka dapat digantikan oleh kromosom X lainnya. Sedangkan pada anak laki-laki, jika terjadi masalah atau kondisi kromosom X kurang baik, maka tidak akan ada kromosom pengganti yang menggantikan kromosom yang rusak tersebut. Kondisi biologis yang kurang baik tersebut menyebabkan anak laki-laki memiliki risiko kematian neonatal lebih tinggi dibandingkan anak perempuan. Sebaliknya, setelah lahir, jenis kelamin perempuan memiliki keunggulan biologis dibandingkan jenis kelamin laki-laki, sehingga anak perempuan memiliki daya tahan yang lebih baik.

Melawan masalah kesehatan seperti infeksi dan masalah gizi. Oleh karena itu, risiko kematian anak perempuan pada 5 tahun pertama kehidupannya lebih rendah dibandingkan anak laki-laki pada umumnya (Irianto, 2014).

5. Bayi Kembar

Kembar berisiko tinggi kematian bayi karena mereka dilahirkan dengan berat lahir rendah. Kelahiran kembar adalah salah satu faktor risiko kematian bayi,

6 kali lipat dibandingkan kelahiran tunggal. Kemungkinan peningkatan angka kelahiran kembar, dan risiko tinggi yang ditimbulkan, dapat berkontribusi negatif terhadap upaya untuk mengurangi kematian neonatal di Indonesia.

6. Umur Ibu

Usia ideal seorang wanita untuk menikah dan melahirkan adalah pada rentang umur 21 - 35 tahun. Ibu dengan usia ideal memiliki keterampilan yang lebih dalam mengurus bayi pada saat bayi lahir, dari pada ibu diluar usia ideal.

Ibu hamil remaja mempunyai kemungkinan meninggal 2 hingga 4 kali lebih tinggi dibandingkan ibu hamil berusia 20 hingga 30 tahun. Demikian pula, risiko kematian bayi 2 hingga 4 kali lebih tinggi. Hingga 30% lebih tinggi pada ibu hamil remaja dibandingkan ibu hamil pada usia kehamilan 20 tahun. 20-an hingga 30-an atau usia reproduksi yang sehat.

Kehamilan pada usia remaja membawa risiko kesehatan yang cukup tinggi, karena pada masa pubertas, organ reproduksi belum cukup matang untuk menjalankan fungsinya setelah usia 20 tahun,

karena pada usia tersebut fungsi hormonal akan berfungsi secara maksimal. Pada usia 15 - 19 tahun, sistem hormonal belum stabil sehingga proses kehamilan menjadi tidak stabil, mudah terjadi anemia, pendarahan, keguguran atau lahir mati. Kehamilan di usia muda atau remaja antara lain dapat menimbulkan risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), perdarahan saat lahir, yang dapat meningkatkan angka kematian ibu dan anak. Persalinan oleh ibu di bawah usia 20 tahun berkontribusi terhadap peningkatan angka kematian bayi, bayi, dan anak. Diantaranya, angka kematian neonatal, nifas, bayi, dan balita lebih tinggi pada ibu berusia di bawah 20 tahun (remaja) dibandingkan pada ibu berusia 20 hingga 39 tahun.

7. Pendidikan Ibu

Tindakan seseorang dapat di pengaruhi oleh pengetahuan dan ketrampilan yang berdasarkan dengan Pendidikan ibu lebih tinggi, melakukan pemeriksaan kehamilan setelah kehamilan, dibanding ibu yang tidak memiliki Pendidikan. Manfaat pendidikan pada wanita sangat banyak, dan

salah satu yang utama adalah menghasilkan anak yang lebih sehat.

8. Status Pekerjaan Ibu

Pekerjaan ibu lebih banyak dilihat dari kemungkinan keterpaparan khusus dan tingkat/derajat keterpaparan tersebut serta besarnya resiko menurut sifat pekerjaan, lingkungan kerja, sifat sosio ekonomi karyawan pada pekerjaan tertentu dan situasi pekerjaan yang membuat stress.

9. Tempat Tinggal

Tempat tinggal dapat menunjukkan terjadinya perbandingan kejadian penyakit dalam suatu daerah terutama pada daerah pedesaan dan perkotaan. Hal yang dapat menjadi penyebab terjadinya perbedaan frekuensi penyakit dan kematian antara daerah pedesaan dan perkotaan karena perbedaan kepadatan penduduk dan komposisi umur penduduk, perbedaan pekerjaan dan kebiasaan hidup, konsep sehat dan sakit, perbedaan lingkungan hidup dan keadaan sanitasi penduduk.

10. Indeks Kekayaan

Indeks kekayaan suatu rumah tangga dapat berpengaruh terhadap biaya kesehatan, dimana

rumah tangga dengan status miskin lebih rendah dalam berupaya menggunakan tenaga kesehatan saat melahirkan, dibandingkan rumah tangga dengan status kaya. Rumah tangga dengan indeks kekayaan menengah-bawah dapat memenuhi kebutuhan dasar, rumah tangga menengah dapat memenuhi kebutuhan dasar dan kebutuhan pengembangan secara minimal, rumah tangga dengan indeks kekayaan menengah-atas dapat memenuhi kebutuhan dasar, kebutuhan sosial psikologis, kebutuhan pengembangan tapi belum dapat memberikan sumbangan kepada masyarakat, rumah tangga dengan indeks kekayaan teratas, dapat memenuhi kebutuhan dasar, kebutuhan sosial psikologis tapi belum dapat memberikan kebutuhan pengembangan, serta dapat memberikan sumbangan nyata dan berkelanjutan untuk masyarakat, rumah tangga dengan indeks kekayaan terbawah, dengan kondisi kekurangan dalam memenuhi kebutuhan pangan, sandang, papan serta pelayanan kesehatan dasar.

11. Biaya Kesehatan

Seseorang yang mengalami kesulitan dalam biaya kesehatan menyebabkan tidak mempunyai cukup

uang untuk membeli obat dan membayar transport untuk menuju fasilitas Kesehatan. Banyak orang yang karena pertimbangan kurangnya atau tidak ada biaya Kesehatan menyebabkan mengabaikan untuk melakukan pemeriksaan dokter.

12. Akses Fasilitas Kesehatan

Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.

B. Strategi Penurunan Angka Kematian Bayi

Dalam rangka mendukung percepatan penurunan angka kematian bayi di Indonesia, Kemenkes RI menyusun strategi bersama beberapa pakar menyusun beberapa program kegiatan yang dilaksanakan di tingkat masyarakat, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dengan sasaran menyangkut Wanita Usia Subur, Ibu Hamil - Bersalin - Nifas, serta Bayi Baru Lahir. Kegiatan tersebut digambarkan sebagai berikut:

Level	Program	Sasaran
Masyarakat	1 Gerakan masyarakat sayang ibu hamil Pendampingan ibu hamil anemia, hipertensi, obesitas, BBLR	Ibu hamil – bersalin – nifas – bayi baru lahir
FKTP	2 Skrlning layak hamil Penilaian kondisi Kesehatan calon pengantin Wanita	Wanita usia subur
	3 Tatalaksana WUS Tidak Layak Hamil Pelayanan KB, pengobatan anemia, hipertensi, obesitas	Wanita usia subur
	4 Skrlning kehamilan Pelaksanaan antenatal care (ANC) 6x (2x dengan dokter), termasuk skrining preeklampsia dan penggunaan USG	Ibu hamil
	5 Tindakan Prarujukan ibu hamil komplikasi medis Rujukan ibu hamil anemia, preeklampsia, obesitas dan diabetes	Ibu hamil
	6 Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Persalinan normal, persalinan dengan penyulit di daerah terpencil, manajemen BBLR > 2.000 gram	Ibu hamil – bersalin – nifas – bayi baru lahir
	7 Skrlning bayi baru lahir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Skrlning Penyakit Jantung Bawaan (PJB) kritis	Bayi baru lahir
	8 Pemenuhan obat kegawatdaruratan maternal neonatal Oxytocin, methergine, nifedipine, MgSO4, Ca glukonas, ampicillin, gentamycin, phenobarbital, diazepam, vitamin K1	Ibu hamil – bersalin – nifas – bayi baru lahir
	9 Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensi (PONEK) Persalinan dengan penyulit, manajemen BBLR < 2.000 gram	Ibu hamil – bersalin – nifas – bayi baru lahir
10 Program Bantu Rujuk Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) pelayanan maternal neonatal	Ibu hamil – bersalin – nifas – bayi baru lahir	

Gambar 3.1 Strategi Kemenkes RI untuk Percepatan Penurunan AKI dan AKB

Sumber : Kemenkes RI, 2022.

1. Gerakan Masyarakat Sayangi Ibu Hamil

Gerakan Sayang Ibu (GSI) didefinisikan sebagai suatu gerakan yang dilaksanakan oleh masyarakat bekerja sama dengan pemerintah untuk meningkatkan dan memperbaiki hidup perempuan,

terutama untuk menekan angka kematian ibu dan bayi demi pembangunan sumber daya manusia yang lebih baik. Dalam hal ini telah terlaksana sebagai mana diatur dalam Pedoman Gerakan Sayang Ibu (GSI) dibawah pembinaan Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia 2006 dan didukung oleh Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia Nomor 02 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Revitalisasi Gerakan Sayang Ibu (GSI).

Gerakan Sayang Ibu (GSI) menggabungkan penggalangan berbagai sumber pada sisi persediaan dengan langkah-langkah untuk mendorong tuntutan masyarakat yang lebih besar terhadap perbaikan pelayanan kesehatan ibu dan bayi. Gerakan Sayang Ibu (GSI) menggunakan strategi untuk memindahkan pelayanan kesehatan agar lebih dekat dengan kaum perempuan serta membawa mereka untuk lebih dekat dengan pelayanan kesehatan. Pengetahuan tentang GSI sangat penting agar masyarakat mau berpartisipasi aktif dalam pelaksanaan gerakan sayang ibu yang diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu.

Dalam melaksanakan program kerja, GSI memiliki kendala yaitu masyarakat yang tidak peduli akan kesehatan terutama pada ibu hamil. Salah satu program yang ditawarkan oleh GSI adalah kelas ibu hamil. Kendala yang dialami GSI adalah masih banyak masyarakat yang berpikir bahwa program kerja yang dilaksanakan GSI tidak penting. Hal itu dapat menurunkan kesadaran ibu hamil dalam memelihara kesehatan diri (Annashr, 2012).

Gerakan sayang Ibu (GSI) adalah gerakan yang mengembangkan kualitas perempuan utamanya melalui percepatan penurunan angka kematian ibu yang dilaksanakan bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat dalam rangka meningkatkan sumber daya manusia dengan meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kepedulian dalam upaya integrative dan sinergis (Manuaba, 2010).

GSI didukung pula oleh Aliansi Pita Putih (*White Ribbon Alliance*) yaitu suatu aliansi yang ditujukan untuk mengenang semua wanita yang meninggal karena kehamilan dan melahirkan. Pita putih merupakan symbol kepedulian terhadap keselamatan ibu yang menyatukan individu, organisasi

dan masyarakat yang bekerjasama untuk mengupayakan kehamilan dan persalinan yang aman bagi setiap wanita (Bunners, 2011).

GSI diharapkan dapat menggerakkan masyarakat untuk aktif terlibat dalam kegiatan seperti membuat tabulin, pemetaan bumil dan donor darah serta ambulan desa. Untuk mendukung GSI, dikembangkan juga program suami SIAGA dimana suami sudah menyiapkan biaya pemeriksaan dan persalinan, siap mengantar istri ke tempat pemeriksaan dan tempat persalinan serta siap menjaga dan menunggu saat istri melahirkan (Budianto, 2011).

a. Unsur GSI

Tiga unsur pokok GSI, yaitu (Manuaba, 2010):

- 1) Pertama : Gerakan sayang ibu merupakan gerakan yang dilaksanakan oleh masyarakat bersama dengan pemerintah.
- 2) Kedua : Gerakan sayang ibu mempunyai tujuan untuk peningkatan dan perbaikan kualitas hidup perempuan sebagai sumber daya manusia.

- 3) Ketiga : Gerakan sayang ibu bertujuan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu karena hamil, melahirkan dan nifas.

b. Tujuan GSI

- 1) Menurunkan angka kematian ibu karena hamil, melahirkan dan nifas serta menurunkan angka kematian bayi.
- 2) Meningkatkan pengetahuan ibu atau kaum perempuan mengenai Penyakit menular Seksual (PMS).
- 3) Meningkatkan pengetahuan ibu atau kaum perempuan mengenai perawatan kehamilan, proses melahirkan yang sehat, pemberian ASI Eksklusif dan perawatan bayi.
- 4) Memantapkan komitmen dan dukungan terhadap Gerakan Sayang Ibu.
- 5) Meningkatkan kepedulian dan dukungan sector terkait terhadap upayaupaya penanggulangan penyebab kematian ibu dan bayi secara terpadu.
- 6) Memantapkan kesadaran dan kepedulian masyarakat dalam mengembangkan dan

membangun mekanisme rujukan sesuai dengan kondisi daerah.

- 7) Meningkatkan kepedulian dan peran serta institusi masyarakat dan swasta (LSM, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi) dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi dalam pengumpulan data ibu hamil, bersalin dan nifas di tingkat kelurahan dan kecamatan.
- 8) Meningkatkan fungsi dan peran institusi kesehatan baik pemerintah maupun swasta dalam pelayanan kesehatan yang aman, ramah dan nyaman bagi ibui dan bayi.
- 9) Meningkatkan upaya masyarakat dalam mengubah budaya masyarakat yang merugikan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas serta bayi yang dilahirkan.
- 10) Meningkatkan upaya pengembangan dana perawatan ibu hamil, bersalin, nifas serta perawatan bayi di setiap wilayah kelurahan dibawah koordinasi camat (Manuaba, 2010).

c. Sasaran GSI

Sasaran langsung gerakan sayang ibu adalah ibu sebelum hamil/Wanita Usia Subur (WUS), ibu hamil, ibu nifas, dan keluarga ibu hamil (suami, orang tua, mertua). Sasaran tidak langsung gerakan sayang ibu, yaitu sebagai berikut:

- 1) Pejabat pemerintah di setiap jenjang administrasi, khususnya pejabat pemerintah daerah dan instansi terkait hendaknya membina dan mengoordinasi kegiatan GSI.
- 2) Ulama dan tokoh masyarakat di setiap jenjang terutama dalam menanggulangi “4 terlambat”.
- 3) Instansi masyarakat di setiap jenjang (LKMD, PKK, LSM, dan organisasi massa yang lain).
- 4) Sektor terkait yang ada di kelurahan (Puskesmas, PLKB, rumah sakit swasta, poliklinik swasta, rumah bersalin, bidan praktik swasta, dokter praktik swasta) diharapkan ikut berperan langsung dalam setiap kegiatan GSI (Manuaba, 2010).

d. Ruang Lingkup GSI

- 1) Meningkatkan kualitas hidup perempuan dan anak melalui upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi.
- 2) Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku suami istri dan masyarakat mengenai hak-hak reproduksi dan kesehatan reproduksi.
- 3) Menghilangkan hambatan-hambatan yang mempengaruhi upaya peningkatan kualitas hidup perempuan (Manuaba, 2010).

e. Kebijakan GSI

Kebijakan dalam gerakan sayang ibu meliputi (Depkes RI, 2010):

- 1) Meningkatkan komitmen dan tanggung jawab pejabat pemerintah daerah, instansi terkait, masyarakat, dan keluarga terhadap upaya penurunan kematian ibu.
- 2) Meningkatkan peran instansi pemerintah, swasta, masyarakat dan keluarga dalam memahami masalah kesehatan wanita sebelum hamil, selama hamil, persalinan, dan masa nifas.

- 3) Membantu meningkatkan kesadaran keluarga dan anggota keluarga lainnya dalam pengambilan keputusan untuk mengatasi keterlambatan rujukan.
- 4) Meningkatkan kepedulian pejabat pemerintah, instansi terkait, dan masyarakat dalam mencukupi dana yang dibutuhkan untuk rujukan ibu hamil resiko tinggi, terutama dari keluarga pra-sejahtera.
- 5) Peningkatan kesadaran dan kepedulian aparat pemerintah dan masyarakat terhadap pentingnya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak melalui advokasi dan penyuluhan atau pelatihan berwawasan gender atau kemitraan wanita dan pria.

2. Strategi Pelaksanaan Gerakan Sayang Ibu

Strategi pelaksanaan Gerakan Sayang Ibu adalah dengan (Depkes RI, 2010):

- a. Menyusun rencana, pelaksanaan, pengendalian, monitoring dan evaluasi yang berdasarkan percepatan penurunan AKI.

- b. Pemberdayaan ibu hamil dan keluarganya sehingga ibu hamil dapat menggunakan haknya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai dan keluarganya bekerja sama dalam mengumpulkan dana.
- c. Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) bagi bidan, dukun bayi, Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB), PKK, LKMD, dan tokoh masyarakat sehingga para pemuka masyarakat memahami tentang kesehatan ibu hamil, wanita, dan keluarganya.
- d. Pengembangan mekanisme pendataan ibu hamil secara terpadu oleh PKK, kader, dasawisma, petugas kesehatan, PLKB, dan lain-lain. Data yang dikumpulkan meliputi ibu hamil, ibu bersalin, kelahiran, kematian ibu, dan kematian bayi. Data secara berkala di laporkan ke Puskesmas dengan tembusan ke camat dan selanjutnya dilaporkan ke pemerintah daerah.
- e. Pengembangan mekanisme rujukan oleh masyarakat sehingga masyarakat diharapkan mampu mendeteksi adanya risiko tinggi kehamilan kemudian merujuk ke fasilitas

kesehatan terdekat dengan didukung dana dan sarana transportasi masyarakat.

- f. Pengembangan kualitas pelayanan kesehatan, baik di Puskesmas maupun rumah sakit dengan senantiasa meningkatkan keterampilan petugas dan sarana untuk perbaikan mutu pelayanan.

3. Mekanisme Operasional GSI

Mekanisme operasional GSI dilaksanakan melalui pendekatan fungsional, yaitu memperhatikan tugas pokok, fungsi, kewenangan, dan tanggung jawab masing-masing instansi pemerintah dan lembaga yang terkait dalam semangat kebersamaan dan keterpaduan dan perlu ditumbuhkan hubungan kerja sama antara instansi pemerintah dan masyarakat melalui (Depkes RI, 2010):

- a. Pemerintah mengambil prakarsa dan tanggung jawab dalam menumbuhkan partisipasi masyarakat dan membina kemampuan masyarakat untuk merencanakan, mengorganisasi, dan melaksanakan berbagai kegiatan yang berkaitan dengan GSI.

- b. Pemerintah dan masyarakat bekerja sama dalam memantau hasil kegiatan GSI.
- c. Pemerintah menyediakan bantuan sumber daya bagi masyarakat dalam hal tenaga terampil, teknologi, dan informasi untuk perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan kegiatan GSI.

4. Kegiatan GSI

Kegiatan GSI meliputi (Depkes RI, 2010):

- a. Kegiatan operasional
 - 1) Pembentukan kelompok kerja GSI dengan pembentukan satuan tugas kecamatan sayang ibu dan satuan tugas kelurahan sayang ibu.
 - 2) Penyusunan rencana kerja terpadu, terutama: a) Meningkatkan cakupan ibu hamil (ANC) b) Deteksi risiko tinggi ibu hamil c) Mengembangkan tabungan ibu bersalin (tabulin) melalui berbagai cara, yakni: (1) Setiap calon pengantin wanita (CPW) diwajibkan memiliki tabulin sebesar Rp5.000 di Tabanas atau tabungan lainnya. (2) Setiap ibu hamil menabung

secara berkala melalui koordinasi dasawisma atau PKK. (3) Setiap ibu hamil menabung secara berkala dan dikoordinasi oleh bidan yang direncanakan akan menolong persalinannya dengan sepengetahuan satuan tugas kecamatan. (4) Mengembangkan mekanisme kemitraan dengan pengusaha atau tokoh masyarakat untuk menggalang dana tabulin bagi ibu hamil yang tidak mampu.

- 3) Pemantauan dan bimbingan terpadu pelaksanaan GSI secara berjenjang.
- 4) Laporan umpan balik secara berkala tentang hasil pelaksanaan GSI kepada semua instansi terkait.

b. Kegiatan sosialisasi, yang dilakukan melalui:

- 1) Penyuluhan melalui semua jalur komunikasi yang tersedia dan diharapkan masyarakat berperan aktif dalam:
 - Mendata ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya
 - Mendeteksi adanya risiko ibu hamil

- Merencanakan persalinan yang aman
 - Mendorong keluarga ibu untuk melaksanakan tabulin
 - Membantu proses pengambilan keputusan di tingkat keluarga saat ibu bersalin akan dirujuk
 - Melaksanakan pendataan kelahiran, kematian ibu bersalin, dan kematian bayi.
- 2) Materi penyuluhan ditekankan pada: a) Perencanaan kehamilan b) Pentingnya pemeriksaan kehamilan c) Deteksi dini risiko ibu hamil d) Rencana persalinan yang aman e) Rujukan dini terencana f) Pendataan dan pelaporan kehamilan, kematian ibu dan bayi.
- 3) Penyuluhan dapat dilaksanakan oleh: a) Pejabat pemerintah b) Petugas kesehatan c) Tokoh agama/masyarakat d) Organisasi masyarakat (PKK, LKMD, LSM)
- 4) Kegiatan pada tingkat administrasi
- i. Tingkat kelurahan
 - Membentuk satuan tugas GSI

- Menyusun rencana kerja GSI dalam menggalakan tabulin,
- Mengumpulkan data ibu hamil ibu bersalin, ibu nifas, kematian ibu/bayi, dan melaporkan hasilnya kepada satgas GSI kecamatan
- Penyuluhan kepada tokoh masyarakat dan keluarga sasaran
- Melaporkan hasil kegiatan GSI kelurahan kepada satgas GSI kecamatan setiap bulan selambat-lambatnya pada tanggal 20.
- Meningkatkan pendapatan keluarga, khususnya keluarga yang memiliki ibu hamil, melalui berbagai program usaha peningkatan pendapatan keluarga (UPPK/UPPK Sejahtera)
- Petugas puskesmas pembina kelurahan dan PLKB memberdayakan keluarga dan ibu hamil melalui peningkatan pengetahuan tentang kesehatan ibu

dan anak agar setiap ibu hamil memiliki tabulin.

ii. Tingkat kecamatan

- Membentuk satuan tugas GSI
- Menyusun rencana kerja kecamatan sayang ibu dan menggalakan tabulin serta menyampaikan rencana kerja ke kelompok kerja (pokja) GSI kota/kabupaten
- Menyelenggarakan koordinasi perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian kegiatan dalam instansi terkait GSI kecamatan
- Memberi bimbingan dalam pemecahan masalah kepada satuan tugas GSI kelurahan
- Menghimpun hasil kegiatan satuan tugas kelurahan dan melaporkan hasilnya kepada kelompok kerja GSI kota/kabupaten setiap bulan selambat-lambatnya pada tanggal 25
- Penyuluhan kepada tokoh masyarakat dan keluarga sasaran.

Kegiatan pembinaan, pemantauan, dan penilaian terhadap GSI dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat kota/kabupaten sampai tingkat kelurahan (Depkes RI, 2010).

i. Pembinaan

Aspek yang harus dibina, adalah sebagai berikut:

- Kelembagaan GSI meliputi kelengkapan, kesiapan organisasi, pelaksanaan, metode yang akan dipakai, sarana, tenaga yang dipersiapkan, dan informasi yang diperlukan
- Program meliputi peningkatan kualitas penyelenggaraan program mulai dari perencanaan, pelaksanaan, sampai pengendalian.
- Pembentukan kesepakatan dengan semua sektor dan masyarakat bahwa ibu hamil

merupakan aset daerah dan tanggung jawab bersama.

ii. Pemantauan

Pemantauan dilaksanakan dengan:

- Kunjungan langsung ke lapangan dengan menggunakan formulir pemantauan
- Pencatatan dan pelaporan kemajuan program yang dibuat oleh pelaksana program
- Rapat koordinasi kelurahan dan kecamatan dilaksanakan secara berkala guna menilai kemajuan dan kendala yang ditemukan dan menyusun rencana kerja

iii. Penilaian

- Penilaian mengenai input, proses, output, dan dampak pelaksanaan GSI
- Penilaian meliputi dukungan pemerintah dan sektor terkait tokoh masyarakat, tokoh agama,

LSM, organisasi profesi dalam pelaksanaan GSI.

- Menilai kemajuan pencatatan, pelaporan dan pengembangan dana tabulin
- Tolak ukur keberhasilan, yaitu sebagai berikut:
 - Semua pasangan usia subur telah memperoleh penyuluhan dan pelayanan kesehatan serta KB
 - Ibu hamil memiliki akses terhadap ANC (K1) = 90%.
 - Kunjungan K4 = 100% d) Deteksi risiko tinggi ibu hamil = 80%
 - Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan = 90%
 - Semua ibu bersalin dengan risiko tinggi

- memperoleh pertolongan memadai
- Bayi baru lahir diperiksa 3 kali = 90%
- Ibu hamil yang memiliki tabulin = 90%

5. Peran Kader/PKK dalam GSI

- a. Peran kader/PKK dalam GSI sangat berpengaruh karena kader/PKK melakukan kegiatan ibu-ibu dengan pengaderan 5T (Depkes RI, 2010): 1) Tanggap (harus mengetahui tugasnya) 2) Tangguh (dengan segala lingkungan harus pantang menyerah) 3) Trengginas (harus terampil dalam menentukan sikap) 4) Tanggung jawab (merasa ikut bertanggung jawab terhadap deteksi risiko tinggi ibu hamil) 5) Tanpa imbalan (tidak mengharapkan imbalan, tetapi melaksanakan tugasnya demi tugas sosial)
- b. Pelaksanaan, pencatatan dan pelaporan
 - 1) Melakukan pendataan dan deteksi dini risiko tinggi pada semua ibu hamil

- 2) Meningkatkan penyuluhan kepada ibu hamil tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan.
- 3) Memberi penyuluhan kepada ibu hamil supaya pertolongan persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan
- 4) Pemberdayaan ibu hamil dengan meningkatkan kesadaran dan mengambil keputusan dengan melihat latar belakang
- 5) Peningkatan kepedulian dari suami, keluarga, dan masyarakat perlu diperhatikan karena mempunyai peranan yang penting untuk mendorong ibu hamil dalam menentukan sikap
- 6) Merujuk ibu hamil dengan faktor risiko kepada petugas kesehatan
- 7) Memberikan penyuluhan tentang pengadaan dana ibu hamil dengan cara menabung (tabulin) (Depkes RI, 2010).

6. Hambatan Pelaksanaan GSI

- a. Hambatan secara struktural

Berbagai program tersebut masih sangat birokratis sehingga orientasi yang terbentuk semata-mata dilaksanakan karena ia adalah program wajib yang harus dilaksanakan berdasarkan Surat Keputusan (SK).

b. Hambatan secara kultural

Masih kuatnya anggapan atau pandangan masyarakat bahwa kehamilan dan persalinan hanyalah persoalan wanita (Depkes RI, 2010).

C. Skrining Layak Hamil

Skrining Layak Hamil, merupakan program untuk membantu mendeteksi penyakit, kondisi medis, atau faktor risiko lain yang mungkin timbul selama kehamilan. Deteksi dini ini, memungkinkan penanganan kesehatan ibu dan janin, agar bisa selamat hingga melahirkan.

Skrining Layak Hamil bagi Pasangan Usia Subur (PUS)

1. Sasaran: Untuk usia dewasa yang sudah menikah (PUS)
2. Tempat pelaksanaan skrining: Skrining layak hamil berupa pemeriksaan kesehatan terbatas Pasangan Usia Subur (PUS) di Pustu, dan pemeriksaan kesehatan secara lengkap di Puskesmas oleh tenaga

Kesehatan. Pelaksanaan dan tindak lanjut skrining layak hamil dapat dilaksanakan secara terpadu dengan program lain, seperti: program gizi, penyakit menular (TBC, HIV, Sifilis dan Hepatitis B dll), penyakit tidak menular (Hipertensi, Diabetes Melitus, Talasemia dll), dan pelayanan kejiwaan.

3. Metode: Skrining layak hamil dapat dilakukan secara mandiri oleh pasangan usia subur maupun dibantu oleh kader saat kegiatan Posyandu, sehingga dapat diketahui status kesehatannya apakah dapat menjalani kehamilan secara sehat atau layak untuk menjalani kehamilan. Skrining dilaksanakan menggunakan aplikasi kescatin yang hasilnya kemudian diverifikasi dan ditindak lanjuti oleh petugas kesehatan atau manual dengan menggunakan formulir skrining layak hamil.
4. Interpretasi hasil: Skrining dilakukan untuk mengetahui kelayakan kondisi kesehatan Pasangan Usia Subur (PUS) sehingga dapat merencanakan kehamilan sehat. Bagi yang tidak layak hamil atau berisiko dipastikan untuk menggunakan kontrasepsi untuk menghindari kehamilan tidak diinginkan dan

kehamilan risiko tinggi, disamping dilakukan tatalaksana terkait masalah kesehatannya.

5. Pasangan Usia Subur (PUS) memiliki kondisi ideal untuk hamil dengan kriteria:
 - a. Usia 20-35 tahun
 - b. Jumlah anak kurang dari 3 orang
 - c. Jarak kehamilan lebih dari 2 tahun
 - d. Status gizi normal (IMT 18,5-24,9), Lingkar Lengan Atas (LLA) lebih dari 23,5
 - e. Tidak memiliki riwayat kehamilan dengan komplikasi/ penyulit. Jika memiliki riwayat komplikasi pada kehamilan sebelumnya, periksa terlebih dahulu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - f. Tidak memiliki permasalahan kesehatan. Jika memiliki permasalahan kesehatan, dianjurkan untuk mendapatkan intervensi dan tatalaksana terlebih dahulu.
 - g. Kondisi kesehatan yang perlu diperhatikan:
 - 1) Kadar Hb
 - 2) Penyakit menular (HIV, Sifilis, Hepatitis, TB, Malaria, Kecacingan)

- 3) Penyakit tidak menular (Kanker, Hipertensi, DM, Jantung, Kanker, Autoimun)
 - 4) Penyakit genetik (Thalasemia, Hemofilia).
 - 5) Masalah Kesehatan Jiwa
 - 6) Merokok/terpapar asap rokok
- h. Intervensi lanjut dan tatalaksana sesuai hasil skrining layak hamil:
- 1) Di Pustu:
 - i. PUS Layak hamil: konseling perencanaan kehamilan sehat.
 - Bagi yang berencana hamil dan ingin mengetahui kondisi kesehatannya lebih lanjut dapat disarankan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan di Puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
 - Bagi yang tidak berencana hamil belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi.

- Bagi yang tidak berencana hamil sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB.
- ii. PUS dapat hamil dengan pengawasan: rujuk ke puskesmas untuk mendapatkan tatalaksana, konseling dan perencanaan kehamilan
- iii. PUS tidak layak hamil: konseling, tatalaksana, dan pemasangan kontrasepsi
 - PUS 4T sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
 - PUS 4T belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi
 - PUS ALKI (Anemia, Lila < 23,5 cm, mempunyai penyakit Kronis dan Infeksi menular Seksual) sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
 - PUS ALKI belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi, serta dirujuk untuk mendapatkan

tatalaksana sampai kondisi kesehatannya sembuh atau terkontrol.

2) Di Puskesmas

i. PUS Layak hamil: konseling perencanaan kehamilan sehat.

- Bagi yang berencana hamil dan ingin mengetahui kondisi kesehatannya lebih lanjut dapat dilakukan pemeriksaan kesehatan secara lengkap.
- Bagi yang tidak berencana hamil belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi.
- Bagi yang tidak berencana hamil sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
- PUS dapat hamil dengan pengawasan: dilakukan tatalaksana, konseling dan perencanaan kehamilan

ii. PUS tidak layak hamil: konseling;

tatalaksana dan pemasangan kontrasepsi

- PUS 4T sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB

- PUS 4T belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi
- PUS ALKI sudah menggunakan KB: mempertahankan penggunaan KB
- PUS ALKI belum menggunakan KB: diberikan edukasi dan pelayanan untuk menggunakan kontrasepsi, serta tatalaksana sampai kondisi kesehatannya sembuh atau terkontrol.

Aplikasi untuk mendeteksi skrining layak hamil diantaranya adalah Elsimil (Elektronik Siap Nikah dan Siap Hamil) yang dikembangkan BKKBN. Elsimil yang merupakan Aplikasi yang ditujukan untuk pasangan calon pengantin yang akan melangsungkan pernikahan. Tiga bulan sebelum waktu pernikahan, pasangan calon pengantin terlebih dahulu mengunduh dan registrasi di aplikasi Elsimil. Aplikasi Elsimil yang dikembangkan oleh BKKBN bertujuan untuk deteksi dini kesehatan pasangan calon pengantin dan untuk mitigasi risiko melahirkan bayi stunting. Data kuesioner yang dimasukkan pasangan calon pengantin dalam aplikasi Elsimil adalah usia, status gizi, berat dan tinggi badan, ukuran lingkaran lengan atas.

lingkar perut, dan kadar hemoglobin (Hb). Sertifikat dari scoring otomatis data kuesioner di aplikasi Elsimil diberikan pada saat pernikahan. Jika Sertifikat Elsimil hasilnya dinyatakan BERISIKO (Merah), pernikahan tetap boleh dilangsungkan namun Tim Pendamping Keluarga (TPK) akan merekomendasi untuk **MENUNDA KEHAMILAN**. Selanjutnya TPK memberikan intervensi yang direkomendasikan serta memonitor status gizi sang istri sampai kondisinya membaik dan menjadi IDEAL untuk hamil. Selain sebagai alat skrining dan media komunikasi dengan TPK. Elsimil berfungsi sebagai media edukasi kesehatan reproduksi, kontrasepsi, kesiapan pranikah, kesiapan kehamilan, serta pencegahan kanker. Pemeriksaan Kesehatan bagi calon ibu (calon pengantin perempuan) sangat penting untuk mengetahui apakah mempunyai risiko kehamilan dan kelahiran anak stunting. pemeriksaan ini sifatnya sederhana minimal hanya berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, dan kadar haemoglobin (Hb). Hal ini sangat memungkinkan dilakukan pemeriksaan di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, atau klinik-klinik swasta dan atau dokter/bidan praktek swasta. Pengisian Elsimil (memasukkan data hasil pemeriksaan) sangat diperlukan bagi pasangan yang

bersangkutan dalam rangka mencegah kejadian stunting pada anak yang akan dilahirkan. BKKBN tidak melarang untuk dinikahkan bagi mereka yang hasil pemeriksaannya tidak normal. Begitu juga bagi catin yang belum melakukan pemeriksaan kesehatan sederhana (belum mengisi Elsimil) maka kebijakan sepenuhnya diserahkan kepada jajaran Kementerian Agama setempat.

D. Skrining Kehamilan

Pemeriksaan prenatal merupakan prosedur pemeriksaan kesehatan yang dilakukan pada masa kehamilan, untuk mengetahui apakah janin berisiko mengalami cacat lahir atau cacat lahir tertentu. Pemeriksaan ini biasanya dilakukan pada trimester pertama dan kedua, namun beberapa jenis tes juga dilakukan pada trimester ketiga.

Pemeriksaan kesehatan atau skrining kehamilan bertujuan memberi ibu informasi, terkait potensi apakah janin berisiko mengalami kondisi medis tertentu. Apabila salah satu tes yang dilakukan menunjukkan hasil positif, maka biasanya akan diperlukan tes lainnya untuk menguatkan diagnosis.

Adapun manfaat yang bisa ibu dapatkan dengan melakukan skrining kehamilan adalah:

1. Menentukan kemungkinan bayi memiliki trisomi 21 (sindrom Down) atau trisomi 18. Siapa pun mungkin memiliki kehamilan dengan dua kondisi tersebut, terlepas dari riwayat keluarga. Peluang ini meningkat seiring bertambahnya usia ibu
2. Memberi tahu tentang kemungkinan kondisi genetik lainnya, seperti trisomi 13 dan perbedaan kromosom seks.

Skrining kehamilan dilakukan dengan melibatkan tes darah. Berikut ini beberapa cek lab kehamilan dengan pengambilan darah beserta manfaatnya:

1. Pemeriksaan Darah Menyeluruh
 - a) Tes darah secara menyeluruh bermanfaat untuk mengetahui kadar sel darah pada tubuh ibu hamil. Melalui cek lab kehamilan ini, ibu akan mengetahui jumlah sel darah merah normal atau terlalu sedikit. Jika jumlah sel darah merah rendah, maka bisa menjadi gejala awal anemia.
 - b) Tes darah menyeluruh juga bermanfaat untuk mengetahui jumlah darah putih dan platelet dalam tubuh. Apabila jumlahnya meningkat,

kemungkinan ibu mengalami infeksi. Cek lab ibu hamil ini juga diperlukan untuk melihat kadar zat besi dan zat gizi lain pada tubuh ibu, apakah ada kecenderungan kekurangan gizi atau tidak.

2. Kadar Gula Darah

Pemeriksaan kadar gula darah secara teratur juga perlu dijalani oleh ibu hamil. Tes ini penting untuk mencegah berkembangnya penyakit diabetes. Selama hamil, ibu hamil biasanya memiliki nafsu makan tinggi, termasuk makanan manis, sehingga dikhawatirkan rentan terserang berbagai penyakit. Apalagi makanan manis telah diketahui sebagai pemicu diabetes.

3. Tes Golongan Darah

a) Tes darah ini bertujuan untuk mengetahui golongan darah ibu. Pemeriksaan ini hanya dilakukan sekali. Salah satu manfaatnya yaitu memudahkan jika suatu saat ibu membutuhkan donor darah. Tes darah juga diperlukan untuk melihat antibodi ibu dan janin.

b) Tes Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Perlu diwaspadai, jika ibu terinfeksi HIV, maka ada kemungkinan dapat menularkannya pada

janin. Penularan dapat terjadi saat kehamilan, melahirkan, atau selama menyusui. Maka itu, penting untuk melakukan tes HIV sedini mungkin, untuk mencegah atau mengurangi risiko penularan virus dari ibu ke janin.

Pemeriksaan Hepatitis B dan C

Sama seperti HIV, virus hepatitis B dan C juga dapat ditularkan dari ibu ke janin selama masa kehamilan. Virus tersebut merupakan penyebab penyakit hati atau liver yang serius. Apabila bayi tertular virus, maka risiko infeksi bisa bersifat jangka panjang pada penyakit hati.

4. Tes skrining yang berbeda ditawarkan pada waktu yang berbeda selama kehamilan. Tes skrining untuk sel sabit dan talasemia harus dilakukan sedini mungkin, setidaknya sebelum 10 minggu kehamilan. Berikut ini tes skrining yang dilakukan sesuai dengan usia kandungan:

Beberapa tes skrining kehamilan yang perlu dijalani saat trimester pertama yaitu:

- a. USG

Tes ini dilakukan dengan ultrasonografi (USG) yang menggunakan gelombang suara untuk

membuat gambar bayi di dalam rahim. USG seringkali digunakan untuk mengetahui ukuran dan posisi bayi, memastikan usia kehamilan, dan menemukan potensi kelainan pada struktur tulang dan organ bayi yang sedang tumbuh. Pemeriksaan USG dilakukan antara minggu ke-11 dan ke-14 kehamilan. Tes skrining kehamilan ini juga dapat memeriksa akumulasi cairan di belakang leher bayi. Ketika terdapat cairan berlebih yang abnormal, kemungkinan risiko *down syndrome* lebih tinggi.

b. Tes darah awal

Selama trimester pertama, dokter akan merekomendasikan dua jenis tes darah yang disebut tes skrining terintegrasi berurutan dan skrining terintegrasi serum. Cek lab kehamilan itu digunakan untuk mengukur kadar zat tertentu dalam darah ibu hamil, yaitu protein plasma-A terkait kehamilan dan hormon yang disebut chorionic gonadotropin. Jika dari kedua cek lab ibu hamil tersebut menunjukkan hasil yang abnormal, maka menempatkan janin pada risiko tinggi kelainan kromosom. Pada kunjungan

skrining kehamilan pertama, tes darah dilakukan untuk mengetahui apakah ibu pernah mendapatkan imunisasi rubella. Selain itu juga untuk mengetahui adalah potensi gangguan sifilis, hepatitis B, HIV, dan anemia. Tes darah juga digunakan untuk memeriksa golongan darah dan faktor Rh, yang menentukan kompatibilitas Rh ibu dengan bayi yang sedang tubuh.

c. Pengambilan chorionic villus sampling

Cek lab ibu hamil ini merupakan tes skrining invasif yang dilakukan dengan mengambil sepotong kecil jaringan dari plasenta. Pemeriksaan ini dilakukan jika pada skrining non-invasif sebelumnya menunjukkan hasil abnormal. Pelaksanaannya dilakukan antara minggu ke-19 dan ke-12 kehamilan, dan digunakan untuk menguji kromosom, seperti sindrom down dan kondisi genetik, seperti fibrosis kistik.

Pada trimester kedua, tes USG dan tes darah dilakukan kembali dengan tujuan yang sama. Selain kedua tes tersebut, ibu hamil perlu menjalani skrining glukosa dan Amniosentesis.

- Skrining glukosa dilakukan untuk memeriksa adanya diabetes gestasional, yaitu kondisi yang dapat berkembang selama kehamilan. Diabetes kehamilan ini biasanya bersifat sementara dan hilang setelah melahirkan.
- Amniosentesis biasanya dilakukan setelah minggu ke-15 kehamilan. Amniosentesis dilakukan dengan mengambil sampel cairan ketubuh untuk dilakukan cek lab, untuk mengetahui potensi kelainan genetik seperti sindrom.

Pada trimester ketiga, ibu hamil perlu menjalani skrining streptococcus grup B (GBS). GBS merupakan jenis bakteri yang dapat menyebabkan infeksi serius pada ibu hamil dan bayi baru lahir. Bakteri tersebut sering ditemukan di area mulut, tenggorokan, saluran usus bagian bawah, dan vagina. Meskipun bakteri GBS tidak berbahaya bagi ibu, tapi bisa sangat berbahaya pada bayi baru lahir yang belum memiliki sistem kekebalan tubuh yang kuat.

Prosedur skrining kehamilan yang dilakukan meliputi:

a. Trimester pertama

Selama trimester pertama, penyedia layanan kesehatan akan menawarkan tes darah dan ultrasound untuk mengukur ukuran ruang kosong di jaringan di belakang leher bayi (translusensi nuchal). Pada sindrom Down dan kondisi tertentu lainnya, pengukuran translusensi nuchal lebih besar dari biasanya.

b. Trimester kedua

Selama trimester kedua, penyedia layanan kesehatan akan menawarkan tes darah lain yang disebut layar quad. Tes ini mengukur kadar empat zat di dalam darah. Hasil pemeriksaan menunjukkan risiko ibu mengandung bayi yang memiliki kondisi kromosom tertentu, seperti sindrom Down. Selain itu, pemeriksaan ini juga dapat membantu mendeteksi cacat tabung saraf, kelainan serius pada otak atau sumsum tulang belakang.

c. Skrining DNA bebas sel prenatal

Tes darah ini memeriksa DNA janin dalam aliran darah ibu untuk menyaring kemungkinan

peningkatan masalah kromosom tertentu, seperti sindrom Down. Skrining ini juga dapat memberikan informasi tentang jenis kelamin bayi dan golongan darah Rh.

E. Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar

Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) adalah pelayanan untuk menanggulangi kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang terjadi pada ibu hamil, ibu bersalin maupun ibu dalam masa nifas dengan komplikasi obstetri yang mengancam jiwa ibu maupun janinnya. PONED merupakan upaya pemerintah dalam menanggulangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia yang masih tinggi dibandingkan di Negara-negara Asean lainnya.

Puskesmas PONED adalah puskesmas rawat inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONED siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas serta kegawatdaruratan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader di masyarakat, Bidan di Desa, Puskesmas dan melakukan rujukan ke RS/RS PONEK pada kasus yang tidak mampu ditangani. Setiap kasus emergensi yang

datang di setiap puskesmas mampu PONE D harus langsung ditangani, setelah itu baru melakukan pengurusan administrasi (pendaftaran, pembayaran dan alur pasien). Pelayanan yang diberikan harus mengikuti Prosedur Tetap (PROTAP).

Puskesmas PONE D harus memiliki tenaga kesehatan yang telah dilatih PONE D yaitu TIM PONE D (Dokter dan 2 Paramedis). Pelayanan yang dapat diberikan puskesmas PONE D yaitu pelayanan dalam menangani kegawatdaruratan ibu dan bayi meliputi kemampuan untuk menangani dan merujuk:

1. Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia)
2. Tindakan pertolongan Distosia Bahu dan Ekstraksi Vakum pada Pertolongan Persalinan
3. Perdarahan post partum
4. infeksi nifas
5. BBLR dan Hipotermi, Hipoglekemia, Ikterus, Hiperbilirubinemia, masalah pemberian minum pada bayi
6. Asfiksia pada bayi
7. Gangguan nafas pada bayi
8. Kejang pada bayi baru lahir

9. Infeksi neonatal
10. Persiapan umum sebelum tindakan ke daruratan Obstetri - Neonatal antara lain Kewaspadaan Universal Standar.

Dukungan dari pihak terkait berikut ini akan sangat berpengaruh terhadap perkembangan Puskesmas mampu PONEB. Diantaranya adalah: - Dinas Kesehatan Kab/Kota - Rumah Sakit Kab/Kota - Organisasi profesi: IBI, IDAI, POGI, IDI - Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM).

F. Skrining Bayi Baru Lahir

Skrining pada bayi baru lahir, bertujuan untuk deteksi dan intervensi dini agar tumbuh kembang bayi dapat optimal. Skrining pada bayi baru lahir ada yang rutin, ada pula yang hanya dilakukan pada keadaan khusus.

1. Skrining pendengaran bayi baru lahir

Di beberapa rumah sakit sudah termasuk skrining yang rutin, mengingat :

- a. Gangguan pendengaran pada bayi dan anak sulit diketahui sejak awal (Watkin PM, Baldwin M, Laoide S, 1990).

b. Adanya periode kritis perkembangan pendengaran dan berbicara, yang dimulai dalam 6 bulan pertama Kehidupan dan terus berlanjut sampai usia 2 tahun (Sokol J, Hyde M, 2000).

Bayi yang mempunyai gangguan pendengaran bawaan atau didapat yang segera diintervensi sebelum usia 6 bulan, pada usia 3 tahun akan mempunyai kemampuan berbahasa normal dibandingkan bayi yang baru diintervensi setelah berusia 6 bulan (Kenna MA, 2003).

Ada faktor risiko yang diidentifikasi kemungkinan mengakibatkan gangguan pendengaran pada bayi baru lahir yaitu (Cunningham M, Cox EO, 2003):

- 1) Riwayat keluarga dengan gangguan pendengaran
- 2) Kelainan bawaan bentuk telinga dan kelainan tulang tengkorak-muka
- 3) Infeksi janin ketika dalam kandungan (infeksi toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus, herpes)
- 4) Sindrom tertentu seperti sindrom Down
- 5) Berat lahir < 1500 gram

- 6) Nilai Apgar yang rendah
- 7) Perawatan di NICU
- 8) Penggunaan obat2 tertentu yang bersifat toksik terhadap saraf pendengaran

Kenyataannya adalah bahwa 50% bayi dengan gangguan pendengaran tidak mempunyai faktor risiko tersebut diatas, sehingga bila hanya menggunakan kriteria faktor risiko tersebut maka banyak bayi yang mempunyai gangguan pendengaran tidak terdiagnosis. Sehingga skrining pendengaran direkomendasikan untuk semua bayi baru lahir.

Skrining pendengaran bayi baru lahir hanya menunjukkan ada/tidaknya respons terhadap rangsangan dengan intensitas tertentu dan tidak mengukur beratnya gangguan pendengaran ataupun membedakan jenis tuli (tuli konduktif atau tuli saraf).

Alat yang direkomendasikan untuk skrining pendengaran bayi adalah otoacoustic emissions (OAE) atau automated auditory

brainstem response (AABR)(American Academy of paediatrics, 1999). OAE dilakukan pada bayi baru lahir berusia 2 hari (di RSCM: usia 0-28 hari)

9) Bila hasil OAE pass dan bayi tanpa faktor risiko, dilakukan pemeriksaan AABR atau click 35db pada usia 1-3 bulan;

i. Bila hasilnya pass, tidak perlu tindak lanjut

ii. Bila hasilnya refer, dilakukan pemeriksaan lanjutan (ABR click dan tone B 500 Hz atau ASSR, timpanometri high frequency), dan bila terdapat neuropati auditorik, dilakukan habilitasi usia 6 bulan.

10) Bila hasil OAE pass dan bayi mempunyai faktor risiko, atau bila hasil OAE refer (di RSCM juga dilakukan pemeriksaan AABR 35 db):

Pada usia 3 bulan, dilakukan pemeriksaan otoskopi, timpanometri, OAE, AABR.

i. Bila hasilnya Pass, dilakukan pemantauan perkembangan bicara dan

audiologi tiap 3-6 bulan sampai usia 3 tahun (sampai anak bisa bicara)

- ii. Bila hasilnya refer, dilakukan pemeriksaan lanjutan (ABR click dan tone B 500 Hz atau ASSR, timpanometri high frequency), dan bila terdapat tuli saraf, dilakukan habilitasi usia 6 bulan (Rohsiswatmo R, Rahmawati, 2017).

2. Skrining penglihatan untuk bayi prematur

Retinopathy of prematurity (ROP) sering terjadi pada bayi prematur dan merupakan salah satu penyebab kebutaan bayi dan anak di dunia, termasuk di Indonesia. Dengan kemajuan teknologi di bidang perawatan bayi prematur, memungkinkan bayi prematur dengan berat lahir rendah dan usia kehamilan yang sangat muda dapat bertahan hidup, namun seiring dengan meningkatnya angka kehidupan bayi prematur tersebut, menyebabkan kejadian ROP juga meningkat. Untuk itu perlu dilakukan skrining pada bayi prematur untuk mendeteksi dini ROP, sehingga dapat dilakukan

terapi yang sesuai untuk mencegah terjadinya kebutaan. Skrining ROP dilakukan pada:

- a. Bayi baru lahir dengan berat ≤ 1500 gram atau masa kehamilan ≤ 34 minggu
- b. Bayi risiko tinggi seperti mendapat fraksi oksigen ($F_i O_2$) tinggi, transfusi berulang, kelainan Jantung bawaan, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, infeksi/sepsis, gangguan napas, asfiksia, perdarahan di otak (IVH), berat lahir ≤ 1500 gram, masa gestasi ≤ 34 minggu.

Waktu pemeriksaan:

- i. Masa gestasi > 30 minggu: 2-4 minggu setelah lahir
- ii. Masa gestasi ≤ 30 minggu: 4 minggu setelah lahir (Sitorus R, Djatikusumo A, Andayani G, Barliana JD, Yulia DE, 2011).
- iii. Tidak dapat memfiksasi dan mengikuti objek pada usia 3 bulan (AAP, 2003).
- iv. Riwayat katarak bawaan, retinoblastoma, penyakit metabolik dalam keluarga, juling (AAP, 2016).

- Skrining Hipotiroid

Skruining ini bertujuan untuk mendeteksi dini adanya hipotiroid kongenital/bawaan. Hipotiroid kongenital yang tidak diobati sejak dini dapat mengakibatkan retardasi mental berat. Angka kejadian hipotiroid kongenital (bawaan) bervariasi antar Negara, umumnya sebesar 1:3000 - 4000 kelahiran hidup.

Mengingat gejala hipotiroid kongenital pada bayi baru lahir biasanya tidak jelas, dan hipotiroid kongenital dapat memengaruhi masa depan anak dengan menyebabkan retardasi mental berat kecuali jika mendapat terapi secara dini maka mutlak sangat diperlukan (rutin) skruining hipotiroid pada bayi baru lahir untuk menemukan kasus hipotiroid secara dini.

Program skruining hipotiroid ini memungkinkan bayi mendapatkan

terapi secara dini dan diharapkan memiliki tumbuh kembang yang lebih optimal. Skrining ini dilakukan saat bayi berusia 48-72 jam, sedikit darah diteteskan di atas kertas saring khusus, setelah bercak darah mengering dilakukan pemeriksaan kadar hormon TSH.

Skrining bayi baru lahir yang lain, belum rutin dilakukan di Indonesia, skrining dilakukan berdasarkan riwayat keluarga, gejala klinis yang timbul seperti skrining bayi baru lahir terhadap phenylketonuria (PKU) (insidens 1:10.000), Hiperplasia adrenal kongenital (insidens 1:10.000), dan penyakit metabolik lainnya seperti Maple Syrup Urine disease (insidens 1:200.000), Methylmalonic academia (insidens 1:48.000)

Beberapa program yang dilakukan pemerintah daerah terhadap

kebijakan yang dirumuskan adalah sebagai berikut:

- Sosialisasi

Sosialisasi ini biasanya dilakukan oleh Dinas Kesehatan pada para kader PKK dan puskesmas di wilayah Kabupaten Mojokerto. Sosialisasi yang dilakukan dinas tidak langsung ke masyarakat baik ke kecamatan atau ke kelurahan yang ada di Kabupaten Mojokerto karena mininnya anggota dinas itu sendiri.

Kader yang telah diberikan sosialisasi oleh Dinas Kesehatan kemudian memberikan pendampingan kepada ibu hamil tersebut. Dinas Kesehatan hanya memantau perkembangan yang ada. Walaupun Dinas Kesehatan hanya memantau kegiatan tersebut namun

ternyata kader yang telah diberi sosialisasi oleh dinas memberikan sosialisasi ke masyarakat khususnya kepada ibu hamil dan sosialisasi tersebut terus berjalan. Sosialisasi ke masyarakat pun juga telah mendapatkan respon yang positif dari masyarakat dan juga telah berjalan secara rutin di tiap daerah.

- **Kelas Ibu Hamil**

Kelas ibu hamil ini dibentuk sebagai sarana belajar kelompok tentang pentingnya kesehatan pada ibu hamil. Kelas ibu hamil ini biasanya dilakukan dengan tatap muka maupun prakter yang dilakukan tenaga ahli terkait. Kelas ibu hamil ini juga dilakukan untuk mempersiapkan ibu hamil

dalam menghadapi persalinan yang aman dan nyaman.

Kelas ibu hamil ini sangat penting karena dengan adanya kelas ibu hamil diharapkan pengetahuan masyarakat dapat meningkat dan dapat menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi khususnya di Kabupaten Mojokerto. Kelas ibu hamil di daerah telah berjalan dengan baik dan mendapatkan respon yang positif bagi masyarakat. Masyarakat lebih menyadari akan pentingnya kesehatan bagi mereka.

- Kelas Ibu Balita

Kelas ibu balita ini merupakan kelas dimana para ibu yang mempunyai anak berusia 0-5 tahun saling bertukar cerita dan berdiskusi tentang perkembangan anaknya. Dengan

adanya kelas ibu balita ini juga diharapkan dapat menurunkan kematian pada bayi yang dilahirkan oleh si ibu. Kelas ibu balita di Kabupaten Mojokerto telah terlaksana dengan baik. Setidaknya telah berjalan minimal 1 bulan sekali waktu adanya kegiatan posyandu. Dengan adanya kelas ibu balita ini juga diharapkan dapat menambah pengetahuan ibu-ibu terkait dengan kesehatan buah hati mereka

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, A. R., Sriatmi, A., & Jati, S. P. (2016). Faktor Penyebab Kematian Bayi Di Wilayah Kerja Puskesmas Ngombol Kabuapten Purworejo (Studi Kasus Tahun 2015). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 4(1), 23-33.
- Madani, J. F., Rahmayanti, T., Azzahra, K. A., & Istanti, N. D. (2022). Analisis Implementasi UU NO. 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional Dalam Mewujudkan Pencapaian Penurunan Aki (Angka Kematian Ibu) Dan Akb (Angka Kematian Bayi) DI INDONESIA. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*, 2(3), 122-129.
- Mahardika, M. S., Sri Wahtini, S. K. M., Kes, M. H., Kurniati, N., ST, S., & Keb, M. (2020). Literature Review: Hubungan Ketuban Pecah Dini (Kpd) Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).
- Limbong, T. O. (2022). Hubungan Usia Ibu Dengan Kejadian Bblr Di Puskesmas Kecamatan Senen. *Journal of Midwifery and Health Administration Research*, 2(2), 121-126.

- Ibrahim, Mh. (2011). *Indikator Angka Kematian Ibu Dan Angka Kematian Bayi*. (<http://wargatarunajaya-berbagiinfo.blogspot.com>). Diakses 28 Maret 2012.
- Mubarak, W.I. & Chayatin, N. (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori Dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika
- Prawiroharjo, Sarwono. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BP-SP.
- Saifuddin, Abdul Bari. (2002). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: BP-SP
- Lengkong, G. T., Langi, F. L., & Posangi, J. (2020). Faktor -- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kematian Bayi Di Indonesia. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 9(4).
- Koerniawati, R. D. (2022). Kajian Literatur: Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Anemia pada Ibu Hamil. *Jurnal Gizi Kerja dan Produktivitas*, 3(1), 45-50.
- Puspitasari, E. (2013). Model Regresi Spline Knot Optimal untuk Mengetahui Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Jumlah Kematian Bayi di Jawa Timur. *MATHunesa: Jurnal Ilmiah Matematika*, 1(1).

- Wulandari, D. A., & Utomo, I. H. (2021). Responsivitas Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Karanganyar. *Jurnal Mahasiswa Wacana Publik*, 1(1), 117-127
- Watkin PM, Baldwin M, Laoide S. (1990). Parental suspicion and identification of hearing impairment. *Arch Dis Child*. 6-50.
- Sokol J, Hyde M. (2000). Hearing screening. *Pediatr Rev*. 2000;23:155-62.
- Kenna MA (2003). Neonatal hearing screening. *Pediatr Clin North Am*. 2003;50:301-13.
- Cunningham M, Cox EO. (2003). Hearing assessment in infant and children: recommendations beyond neonatal screening. *Pediatrics*. 2003;111:436-40.
- American Academy of paediatrics. Task force on newborn and infant hearing. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention. *Pediatrics*. 1999;103:527-30.
- Rohsiswatmo R, Rahmawati. Hearing screening in newborn: can we prevent the impact? Supporting the early identification of deaf and hard of hearing (DHH)

infants. Neonatal Division, Child Health Department Cipto Mangunkusumo Hospital Universitas Indonesia. Dipresentasikan dalam bentuk ppt di Konika 17, 8-11 Agustus 2017, Yogyakarta.

Sitorus R, Djatikusumo A, Andayani G, Barliana JD, Yulia DE, penyusun. Pedoman nasional skrining dan terapi Retinopathy of prematurity (ROP) pada bayi prematur di Indonesia. Jakarta: Persatuan Dokter Spesialis Mata Indonesia, 2011.

AAP. Eye examination in infants, children, and young adults by paediatricians. *Pediatrics*. 2003;111:902-7.

AAP. Visual system assessment in infants, children, and young adults by paediatricians. *Pediatrics*. 2016;137:28-30.

Susanto R, Julia M, Hakimi. Gangguan kelenjar tiroid. Dalam: Batubara JRL, Tridjaja BAAP,

Pulungan ABP, penyunting. Buku ajar endokrinologi anak. Edisi ke-1. Jakarta: Badan Penerbit IDAI; 2010. h. 205-49.

IDAI. Pentingnya skrining hipotiroid pada bayi. Didapat dari: <http://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/pentingnya-skrining-hipotiroid-pada-bayi>

Rohsiswatmo R, Dewi R. Newborn screening- the importance to screen neonates. Neonatal Division, Child Health

Department Cipto Mangunkusumo Hospital
Universitas Indonesia. Dipresentasikan dalam bentuk
ppt di Konika 17, 8-11 Agustus 2017, Yogyakarta.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



dr Ulum Rohmat Rohmawan, MH., CMC adalah lahir di Mojokerto pada tanggal 13 Nopember 1974. Beliau adalah lulusan Fakultas Kedokteran Universitas Hang Tuah Surabaya. Kemudian melanjutkan studi pada S2 Hukum Kosentrasi Bidang Hukum

Kesehatan Universitas Hang Tuah Surabaya dan lulus pada tahun 2016. Beliau saat ini aktif sebagai Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto sejak dilantik pada tahun 2022 oleh Bupati Mojokerto. Sebelumnya beliau adalah Direktur Rumah Sakit RA Basoeni Kabupaten Mojokerto selama beberapa tahun dan menjabat Sekretaris Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto. Beliau saat ini memiliki perhatian pada upaya penurunan kematian bayi dan kematian ibu. Beberapa riset yang dilakukan Bersama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto bertujuan untuk menurunkan angka kejadian stunting yang pada akhirnya bertujuan untuk menurunkan Angka Kematian Bayi dan Ibu. Ayah 3 orang anak tersebut memiliki moto kehidupan “Hidup adalah perjuangan, maka sebaik-baiknya patriot adalah yang berguna bagi bangsa dan negaranya”.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Dr Katmini, Skep.Ns., MKes dilahirkan pada tanggal 1 Maret 1987 merupakan dosen pengampu Mata Kuliah Kesehatan Ibu dan Anak di IIK Strada Kediri sejak tahun 2018. Beliau merupakan lulusan Sajana Keperawatan Stikes Surya Mitra Husada pada tahun 2011 lalu melanjutkan studi di Magister

Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Sebelas Maret Solo dan lulus pada tahun 2014 serta lulus doctor pada tahun 2018.

Karya penelitian beliau tentang kesehatan wanita banyak ditulis di jurnal bereputasi sejak tahun 2018. Buku yang ditulis beliau diantaranya Buku Ajar Ilmu Sosial dan Perilaku yang diterbitkan tahun 2023 serta beberapa buku monograf dan buku ajar yang diterbitkan oleh IIK Strada Kediri.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Dr Eka Diah Kartiningrum, SKM., MKes lahir di Kota Mojokerto pada tanggal 21 April 1979. Lulusan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro pada tahun 2002, dan Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2012 serta telah menyelesaikan program Doktorat Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2023. Beliau pada saat ini menjabat sebagai Ketua LPPM Stikes Majapahit Mojokerto sejak tahun 2022 hingga 2026 mendatang. Beliau memiliki konsentrasi pada penelitian bidang kesehatan ibu dan anak sejak tahun 2002. Beberapa riset yang dikembangkan sejak tahun 2006 mengupas tentang topik kesehatan ibu dan anak. Demikian juga dengan kegiatan pengabdian masyarakat yang dilakukannya. Beliau memiliki banyak sekali publikasi di Jurnal terakreditasi sinta 5, 4 hingga 2 serta jurnal bereputasi terindeks scopus Q3. Beberapa buku yang dihasilkan merupakan buku monograf dan referensi yang bisa dibaca dengan gratis oleh pembaca dari ebook Stikes Majapahit Mojokerto.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Dwi Helynarti Syurandhari, S.Si., S.KM., M.Kes dilahirkan di Kota Surabaya pada tanggal 07 Desember 1978. Beliau lulus Sarjana dari Program Studi Informatika Jurusan Matematika Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam ITS Surabaya dan pada tahun 2014 lulus magister Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya. Beliau merupakan dosen pengampu mata kuliah Promosi Kesehatan dan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang memiliki banyak penelitian di bidang pelayanan kesehatan dan gizi. Selain itu beberapa artikel pengabdian masyarakat yang ditulis menjelaskan fokus pengabdian bidang pelayanan kesehatan di beberapa wilayah Mojokerto. Pada tahun 2022 beliau menulis buku tentang konsep manajemen kesehatan yang banyak mengulas tentang praktik manajemen dalam organisasi pelayanan kesehatan.

INDEKS

A

Antepartum 16

Asfiksia 5, 7, 8, 26, 75, 80

B

BBLR 5, 7, 9, 15, 16, 17,

33, 37, 75, 85

D

Dismatur 7

E

Eklampsia 19, 75

G

Gestasi 5, 80

H

Hamil ganda 7, 16

Hidramnion 18

Hipotermia 7

I

IPM 2

K

K16, 9, 56

K4 6, 9, 57

Ketuban pecah dini 7, 16,

21, 22, 23, 85

Kongenital 81, 82

L

Livebith 11

M

MDGs 1

Morbiditas 15, 17

Mortalitas 1, 15, 17

N

Neonatal 1, 3, 4, 6, 11, 13,

14, 25, 26, 34, 35, 36,

37, 74

P

Perpres 1

Plasenta 16, 20, 71

Pre eklampsia 19, 75

Prematur 7, 8, 26, 37, 79,

80, 88

Preterm 7

S

SDGs 1, 2, 14, 15

Sepsis 7, 80

Sirkulasi 16

T

Tetatus Neonatorum 7

TPB 1

STRATEGI KEBIJAKAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN BAYI

Buku ini ditulis sebagai referensi bagi pembaca baik mahasiswa yang mempelajari bidang kesehatan ibu dan anak, namun juga praktisi kesehatan yang banyak bekerja memberi pelayanan kesehatan pada ibu dan anak. Dalam rangka mendukung penurunan Angka Kematian Bayi di Indonesia, maka pemerintah menghimbau seluruh sector pelayanan kesehatan agar memberikan pelayanan yang prima kepada ibu dan anak serta senantiasa meningkatkan pengetahuan dan skill yang dimiliki agar mampu mencegah dan mengendalikan terjadinya masalah kesehatan pada kelompok ibu dan anak.

Buku ini membahas tentang situasi umum kematian bayi di dunia maupun di Indonesia, konsep dasar kematian bayi dan factor yang mempengaruhi kematian bayi. Dalam buku ini dibahas serangkaian upaya yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan instansi pelayanan kesehatan melalui program yang harus dijalani oleh ibu dan bayi baru lahir. Buku ini terbit secara online dan bisa dibaca oleh seluruh pembaca dengan mudah

Redaksi:

Jalan Raya Jabon Km 02 Mojoanyar Mojokerto
Telp. 0321 329915; Fax. 0321 329915
Email: mojokertostikesmajapahit@gmail.com

Distributor Tunggal:

STIKes Majapahit Mojokerto
Jalan Raya Jabon Km 02 Mojoanyar Mojokerto
Telp. 0321 329915; Fax. 0321 329915
Email: mojokertostikesmajapahit@gmail.com



ISBN 978-623-88230-2-4 (PDF)

