

PERIODE KRITIS DALAM RENTANG KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS DAN PENYEDIAAN BERBAGAI JENJANG PELAYANAN BAGI UPAYA PENURUNAN KEMATIAN IBU, BAYI DAN ANAK

George Adriaansz
Health Service Program - USAID

PENDAHULUAN

Memasuki abad ke duapuluh satu, 189 negara menyerukan Millennium Declaration dan menyepakati Millennium Development Goals. Salah satu Tujuan Pembangunan Millennium (MDG) 2015 adalah perbaikan kesehatan maternal. Kematian maternal dijadikan ukuran keberhasilan terhadap pencapaian tujuan tersebut. Dengan demikian, akses dan kualitas pelayanan; memerangi kemiskinan; pendidikan dan pemberdayaan perempuan atau perimbangan gender menjadi persoalan penting untuk dikelola dan diwujudkan. Millennium Declaration menempatkan kematian maternal sebagai prioritas utama yang harus ditanggulangi melalui upaya sistematis dan tindakan yang nyata untuk meminimalisasi risiko kematian, menjamin reproduksi sehat dan meningkatkan kualitas hidup ibu atau kaum perempuan.

Seperti di banyak negara lainnya, penyelesaian masalah kesehatan masyarakat di Indonesia seringkali terkendala dengan keterbatasan sumberdaya bagi penyelenggaraan program kesehatan yang bermutu dan kondisi sosio-ekonomi yang rendah. Ketidak-mampuan dalam menyediakan dan menjamin kualitas informasi atau data kesehatan yang diperlukan, membuat pengenalan masalah kesehatan menjadi terganggu, rumusan masalah menjadi kabur dan perencanaan program menjadi tidak akurat. Tidak jarang penyelenggara sistem kesehatan di suatu daerah berasumsi atau mempunyai impresi bahwa tidak terjadi banyak masalah kesehatan ibu, bayi dan anak di wilayah kerja mereka sehingga tidak banyak upaya atau program terkait yang dapat dilakukan. Hal ini dapat disebabkan oleh pelaporan yang dibuat berdasarkan data yang tidak lengkap atau dibuat hanya untuk memenuhi kewajiban saja.

Sebagai contoh, karena data kematian maternal tidak diperoleh atau tidak tercatat maka petugas kesehatan tidak membuat catatan tentang hal tersebut di dalam laporan bulannya. Pada akhir tahun, hasil rekapitulasi laporan menyebutkan rasio kematian maternal di daerah tersebut berada pada tingkat dibawah rata-rata nasional. Hasil ini menyebabkan upaya dan kegiatan perbaikan kesehatan ibu, bayi dan anak diselenggarakan dengan alokasi dana yang rendah dan jumlah kegiatan yang terbatas. Hal ini ternyata sangat merugikan masyarakat setempat karena berbagai data atau informasi yang digunakan untuk program ini ternyata tidak sesuai dengan kondisi yang sebenarnya.

Validitas data, pengetahuan tentang karakteristik data, kemampuan analisis dan menggunakan berbagai pendekatan atau proxy untuk menilai reabilitas data menjadi sangat penting dalam mengenali akar masalah, mengembangkan berbagai alternatif solusi masalah dan mencari intervensi terbaik untuk menyelesaikan masalah kesehatan ibu, bayi dan anak. Pengenalan masalah harus diikuti dengan pengukuran tentang seberapa besar masalah yang terjadi, pengenalan kelompok yang rentan terhadap masalah tersebut, termasuk kapan dan mengapa hal tersebut terjadi. Dalam kaitannya dengan waktu terjadinya dan tatalaksana masalah secara program dan teknis maka perlu diketahui besaran masalah ibu, bayi dan anak yang berhubungan dengan rentang periode reproduksi, kehamilan, persalinan dan nifas agar dapat dilakukan penanggulangan masalah tersebut sesuai dengan sistem dan ketersediaan berbagai jenjang pelayanan yang ada.

MASALAH KEMATIAN MATERNAL

Dari data pada tahun 2000, diperkirakan terjadi 529 000 kematian maternal dalam setiap tahun. Data ini merupakan informasi paling mutakhir terkait dengan masalah kematian ibu. Kesulitan dalam menghitung atau mengumpulkan data tentang kematian ibu diantara ibu atau perempuan dalam masa reproduksi menyebabkan besaran masalah kematian ibu diukur dengan rasio antara kematian ibu dengan jumlah kelahiran hidup (terutama di negara-negara dengan sistem surveilans atau informasi data yang kurang memadai). Secara sempit, risiko obstetrik diartikan sebagai probabilitas kematian dari seorang perempuan atau ibu apabila ia hamil. Indikator yang lebih kompleks adalah adalah risiko seumur hidup (*lifetime risk*) yang mengukur probabilitas kematian perempuan atau ibu sebagai akibat kehamilan dan persalinan yang dialaminya selama hidup. Bila istilah pertama hanya mencantumkan kehamilan maka yang kedua mempunyai dimensi yang lebih lebar yaitu kemampuan dan jumlah fertilitas. Estimasi global dari risiko seumur hidup adalah 1 diantara 74 (dari 74 perempuan, satu akan meninggal diakibatkan oleh risiko reproduksi).

Besaran jumlah kematian maternal sangat bervariasi antara waktu, lokasi, tingkat sosio-ekonomi suatu negara. Hal itu dapat dilihat dari data berikut ini:

- o Jumlah kematian maternal tertinggi di dunia terjadi di Sub-Sahara Afrika dan Asia Selatan
- o Beberapa negara dengan tingkat sosio-ekonomi yang rendah telah berjuang lebih dari 25 tahun untuk menurunkan jumlah kematian maternal
- o Sebagian besar dari kematian maternal terjadi pada saat persalinan, melahirkan dan sesaat setelah melahirkan
- o Perdarahan obstetrik merupakan penyebab utama kematian ibu. Beberapa penyebab lain, seperti eklampsia, sepsis, komplikasi distosia atau abortus dapat merupakan penyebab utama pada negara atau daerah tertentu. Penyebab utama non-obstetrik dapat berupa tuberkulosis, malaria atau HIV/AIDS
- o Masih terjadi kematian maternal di rumah sakit dalam proporsi yang cukup mengkhawatirkan
- o Ketimpangan risiko kematian maternal dapat terjadi dimana saja, baik antar negara maupun di dalam negeri pada waktu yang sama

Variasi lokasi dan sosio-ekonomi dapat dilihat secara lebih rinci melalui data kematian maternal tahun 2000. Dari data tersebut diketahui bahwa rasio kematian maternal di Sub-Sahara Afrika adalah 1000 per 100.000 kelahiran hidup (dua kali lipat dari Asia Selatan, empat kali lipat dari Amerika Latin dan Karibia, dan hampir 50 kali dari kematian maternal di negara industri maju. Risiko seumur hidup di Sub-Sahara Afrika adalah satu diantara 16 berbanding dengan satu diantara 43 di Asia Selatan. Perbandingan yang lebih ekstrim adalah antara negara maju, satu diantara 30.000 di Swedia dengan satu diantara 6 di Afghanistan and Sierra Leone. Perbedaan ini diistilahkan dengan “perbedaan ekstrim statistik kesehatan masyarakat” dan hal itu juga terjadi terhadap mortalitas neonatal, bayi baru lahir dan anak.

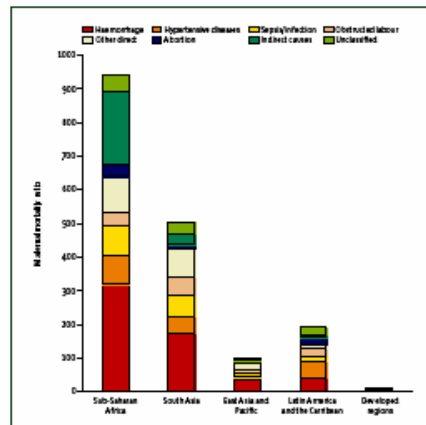


Figure 2. Maternal mortality by ratios for 2000 by medical cause and world region. Ratios were obtained by applying proportional mortality from reference 22 to regional estimates of maternal mortality in 2000 (reference 2).

43,5

UPAYA MENURUNKAN KEMATIAN MATERNAL

Target MDG-5 adalah penurunan 75% rasio kematian maternal tahun 1990 pada tahun 2015. Pencapaian tersebut sangat sensitif terhadap pemilihan indikator kematian maternal. Rasio kematian maternal tidak dapat memperlihatkan secara langsung adanya perbaikan terhadap kondisi kesehatan atau proporsi penurunan jumlah kematian ibu. Untuk mengetahui hal tersebut, diperlukan penilaian ulang melalui penelusuran atau perbandingan lanjutan terhadap jumlah perempuan usia reproduksi. Rasio juga sangat tergantung dari jumlah kelahiran hidup atau tingkat fertilitas dan persalinan.

Pada tahun 2000–05, total fertility rate secara global adalah 2.65 (separuh dari kondisi pada tahun 1950–55). Sebagai akibatnya, jumlah kelahiran hidup di beberapa negara juga mengalami penurunan. Dengan kata lain, terjadi pula penurunan jumlah ibu bersalin dan hal ini menyebabkan penurunan jumlah kematian ibu seperti yang terjadi di India (27 juta menjadi 24 juta kelahiran hidup dan berimbas pada penurunan jumlah kematian maternal sebesar 9%). Sebaliknya di Sub-Sahara Afrika, pada periode yang sama, terjadi peningkatan jumlah kelahiran hidup sebesar 43% sehingga risiko bagi ibu bersalin atau risiko obstetrik dan kematian maternal juga akan meningkat dalam proporsi yang sama. Secara alamiah, penurunan rasio kematian maternal sebesar 75% akan tercapai dalam jangka waktu 25 tahun.

Beberapa negara maju telah memperlihatkan akselerasi penurunan rasio kematian maternal melalui pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan asuhan kehamilan/persalinan berkualitas oleh tenaga kesehatan yang terampil. Asuhan yang memadai selama kehamilan dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terampil di berbagai jenjang pelayanan telah menurunkan secara bermakna rasio kematian maternal di Swedia dari 300 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1935 dan di Amerika Serikat 600 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1950 menjadi 20-30 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1960. Melalui pendekatan yang sama, Rumania menurunkan rasio kematian maternal dari 600 kematian maternal per 100.000 kelahiran hidup menjadi 159 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1989 dan menurun kembali secara tajam menjadi 83 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1991.

Beberapa negara berkembang seperti Thailand telah mampu menurunkan rasio kematian maternal dari 400 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1960 menjadi 50 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1984. Malaysia dan Sri Lanka juga mampu menurunkan rasio kematian maternal lebih dari 50% dalam periode yang sama. Pencapaian luar biasa ini dilakukan melalui berbagai upaya dan faktor pendukung jangka panjang seperti pelatihan tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan rujukan, jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan dan perbaikan kebijakan kesehatan serta peran aktif dari organisasi profesi dalam perbaikan kualitas pelayanan, sistem jaga mutu dan perbaikan kinerja serta manajemen informasi yang baik untuk menilai kemajuan program dan hasil kegiatan.

Rasio kematian maternal di Indonesia juga mengalami penurunan dari 450 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1995 menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 tetapi perubahan fundamental dari sistem pelayanan kesehatan dan perbaikan status kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak ternyata tidak sebanding dengan pencapaian tersebut. Hal ini lebih disebabkan oleh kurangnya dukungan data atau informasi yang akurat dalam mendeskripsikan konsistensi hasil pencapaian dengan kondisi nyata di lapangan. Sebagai contoh, terjadi kesenjangan antara laporan hasil pelayanan K1, K4, deteksi Risiko Tinggi, jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan dan kualitas pelayanan yang diberikan. Adanya kerancuan tentang batasan dari tenaga kesehatan (*health provider*) dan penolong terampil (*skilled birth attendant*) untuk menatalaksana, pendamping atau merujuk persalinan. Banyaknya proporsi persalinan di rumah daripada di Pondok Bersalin Desa atau institusi kesehatan tidak mencerminkan perubahan perilaku petugas dan masyarakat terhadap persalinan dan risikonya serta jaminan kualitas pelayanan.

Thailand menghabiskan waktu selama 18 tahun untuk menurunkan rasio kematian maternal sebesar tiga perempat dari kondisi sebelumnya dan Matlab, Bangladesh memerlukan waktu 21 tahun untuk menurunkan dua pertiga rasio kematian maternal tersebut. Walaupun beberapa negara menunjukkan cara dan pendekatan yang berbeda untuk menurunkan rasio kematian maternalnya tetapi pada dasarnya mereka memandang perubahan kebijakan, kerjasama antar program dan sektor, efisiensi sumberdaya, intervensi berdasarkan bukti dan praktik terbaik dan manajemen sistem informasi yang baik akan mampu memperbaiki status kesehatan ibu, bayi dan anak.

PERIODE KRITIS DALAM RENTANG KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS

Sebagian besar kematian maternal terjadi pada trimester ketiga kehamilan, persalinan dan minggu pertama setelah melahirkan. Di beberapa Negara atau wilayah, insidens kematian mungkin akan sangat tinggi pada hari pertama atau kedua setelah melahirkan. Laporan dari Matlab, Bangladesh menunjukkan Angka Kematian Maternal (maternal mortality rate atau kematian per 1000 perempuan terhadap paparan risiko per tahun) adalah 100 kali lebih tinggi pada hari pertama dan 30 kali lebih tinggi pada hari kedua setelah melahirkan. Temuan inilah yang oleh beberapa pakar kesehatan maternal atau obstetrik dijadikan acuan untuk mendukung prioritas strategi asuhan intrapartum atau (cakupan yang lebih lebar lagi) asuhan perinatal.

Perempuan atau ibu tetap terpapar dengan berbagai risiko hingga beberapa waktu setelah melahirkan. Hal ini sesuai dengan definisi klasik kematian maternal yang mencakup 42 hari setelah melahirkan. Pada daerah atau negara tertentu, penyebab utama kematian maternal adalah komplikasi abortus atau bayi lahir mati. Di Bangladesh, 50% kematian maternal disebabkan oleh komplikasi abortus. Implikasi dari data ini adalah ketersediaan pelayanan lengkap dan akses terhadap tenaga terampil secara khusus dalam periode kritis tersebut.

Sebagian besar komplikasi tidak dapat diramalkan sebelumnya sehingga persiapan terhadap kemungkinan ini harus diantisipasi sedini mungkin. Diagnosis dini dan intervensi yang terbukti efektif terhadap berbagai komplikasi atau gawatdarurat obstetrik yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang lengkap, pengalaman dan intuisi khusus dan kecakapan dalam membuat keputusan secara tepat. Lokasi tempat melahirkan, tenaga penolong dan seberapa cepat ibu dapat dirujuk ke fasilitas rujukan merupakan kondisi yang sangat krusial dalam menentukan keberhasilan upaya penyelamatan ibu.

Banyak keuntungan yang diperoleh dari upaya penyelamatan ibu karena hal tersebut juga membawa dampak bagi bayi yang baru dilahirkannya. Bayi baru lahir yang ibunya tidak dapat diselamatkan dari kematian akan mempunyai risiko kematian 3-5 kali lebih besar dari bayi baru lahir yang mempunyai ibu. Kemiskinan akan membuat ibu hamil menjadi rentan terhadap risiko gangguan gizi dan upaya mencari pertolongan bila hal tersebut diperlukan. Dengan demikian, risiko untuk terjadinya penyulit dan hambatan akses terhadap pertolongan yang adekuat adalah 10 kali lebih besar pada kelompok ini dibandingkan dengan kelompok sosio-ekonomi yang cukup. Walaupun periode kritis dan tanda bahaya kehamilan/persalinan dapat dikenali tapi tanpa akses dan kesiapan finansial maka tetap saja upaya Penyelamatan ibu akan menghadapi kegagalan.

Penyebab kematian maternal, bayi baru lahir dan anak mencerminkan periode kritis tersebut. Dalam tabel 1 ditampilkan berbagai penyebab utama kematian tersebut dan dapat dilihat bahwa pada kolom penyebab kematian ibu terlihat bahwa semua penyebab tersebut terjadi pada masa persalinan dan sesaat setelah melahirkan serta mencapai jumlah 68% dari total kematian maternal. Pada keterangan dan tabel dibawahnya terlihat bahwa jumlah kematian maternal pada periode perinatal adalah 80% dari total jumlah kematian maternal. Kematian pada trimester pertama yang umumnya disebabkan oleh komplikasi abortus hanya mencakup 12% dari total kematian maternal dan kematian maternal pada masa nifas hanya mencakup 8% dari total kematian maternal.

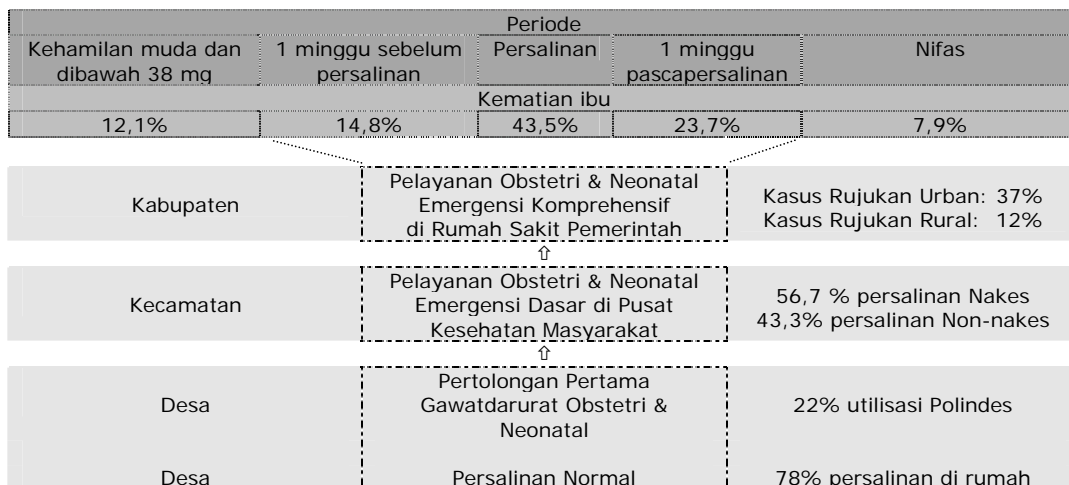
Tabel 1: Penyebab utama kematian ibu, bayi dan anak serta besaran penurunan jumlah kematian tersebut melalui perbaikan kinerja tenaga kesehatan dan intervensi berdasarkan bukti ilmiah

Penyebab kematian	Besaran	Penanggulangan berdasarkan bukti ilmiah	Penurunan kematian
Ibu:			
Perdarahan	28%	Jaminan pelayanan gawatdarurat	40%
Infeksi	11%	Pencegahan infeksi/antibiotika	13%
Eklampsia	24%	Magnesium Sulfat	7%
Partus macet/lama	5%	Tenaga kesehatan terampil	10%
Bayi Baru Lahir:			
BBLR	29%	Status gizi ibu/termoregulasi	20-40%
Asfiksia	27%	Nakes terampil, resusitasi	20-30%
Infeksi dan tetanus	15%	Penanganan kasus di masyarakat	10-35%
Anak:			
Malnutrisi	54%	Gizi esensial	30-50%
ARI/Pneumonia	23%	MTBS	30-60%
Diare	13%	Oralit/cuci tangan dengan sabun	40-50%
Campak	7%	Imunisasi	7%

Sumber: Ramcet, 2005

Catatan :

Berbagai intervensi tersebut diatas akan memberi hasil seperti yang diharapkan (sesuai dengan besaran yang ada pada kolom penurunan jumlah kematian) apabila fasilitas pelayanan kesehatan memiliki standar pelayanan yang sesuai dengan praktik terbaik, kinerja yang tinggi dan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terampil. Hal ini, bukan hanya syarat bagi rumah sakit atau fasilitas kesehatan rujukan tetapi harus juga harus diterapkan di berbagai jenjang pelayanan kesehatan. Karena sebagai besar (80%) kasus kematian ibu dan (67%) bayi terjadi pada periode 1 minggu sebelum persalinan, saat persalinan dan 1 minggu pascapersalinan atau periode perinatal maka tenggang waktu tersebut sebaiknya menjadi fokus dari upaya menurunkan jumlah kematian ibu dan bayi. Skenario tersebut diatas, dapat dilihat dari diagram berikut ini:



Sumber: SDKI dan Basic line health survey (USAID 2005)

FOKUS PADA PELAYANAN INTRAPARTUM

Dari berbagai pengalaman dalam menanggulangi kematian maternal dan neonatal di banyak negara, para pakar kesehatan menganjurkan upaya pertolongan yang di fokuskan pada periode intrapartum. Upaya ini terbukti telah menyelamatkan lebih dari separuh ibu bersalin dan bayi baru lahir yang disertai dengan penyulit proses persalinan atau komplikasi yang mengancam keselamatan jiwa. Tetapi tidak semua intervensi yang sesuai bagi suatu negara, dapat dengan serta-merta dijalankan dan memberi dampak menguntungkan bila diterapkan di negara lain.

Di beberapa negara berkembang dan miskin, fokus pada pelayanan intrapartum ternyata terkendala dengan budaya bersalin di rumah dan hanya sebagian kecil kelompok masyarakat yang memanfaatkan pelayanan persalinan di institusi atau fasilitas kesehatan. Fokus pada pelayanan intrapartum akan membawa dampak terhadap penurunan jumlah kematian ibu dan bayi baru lahir apabila seluruh anggota masyarakat yang akan terpapar dengan risiko seumur hidup (lifetime risk) dilayani dengan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi, dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang terampil, memiliki sarana yang lengkap dan mempunyai sistem rujukan (termasuk transportasi) yang berfungsi sebagai mana mestinya.

Sisi baik dari pelayanan intrapartum adalah bahwa pelayanan ini bukanlah dari jenis yang membutuhkan perubahan radikal pada sumberdaya dan proses pelayanan tetapi lebih pada pemilihan periode kritis yang akan membawa dampak bermakna terhadap upaya penurunan angka kematian maternal dan neonatal dan mengedepankan akses serta kualitas pelayanan pada daerah atau negara dengan sumberdaya kesehatan yang terbatas. Secara umum, pelayanan ini dapat dilaksanakan di berbagai jenjang fasilitas pelayanan (mulai dari fasilitas kesehatan primer hingga rumah sakit rujukan), merupakan bagian dari pelayanan rutin di fasilitas kesehatan, kemampuan untuk menanggulangi masalah kesehatan disesuaikan dengan jenjang dan sumberdaya yang tersedia (APN, PONED, PONEK) dan menggunakan sistem transportasi (rujukan) yang telah ada.

Pada tingkat pelayanan dasar, petugas kesehatan diberi keterampilan dan sarana yang memadai untuk menjalankan fungsi dan standar pelayanan sehingga semua ibu bersalin dapat ditangani dan diperlakukan mengikuti proses yang normal dengan menekankan konsep non-invasif (manipulasi berlebihan), pemantauan berkala dan menjaga kondisi psiko-sosial yang menguntungkan sehingga dapat memberikan pengalaman positif bagi ibu dan keluarga terhadap peristiwa persalinan. Hal ini tidak saja terhadap pelayanan persalinan itu sendiri tetapi mencakup berbagai aspek pendukung seperti rasa nyaman dan aman selama proses persalinan dan melahirkan, kesigapan petugas dalam mengenali secara dini danantisipasi komplikasi atau gawatdarurat persalinan, rujukan optimal dan tepat waktu, dan penanganan segera dan adekuat di fasilitas rujukan.

Para pakar percaya bahwa fokus pada periode intrapartum dengan pelayanan berkualitas (termasuk penanganan adekuat gawatdarurat) akan banyak menyelamatkan ibu bersalin dan anak yang dilahirkannya sehingga rasio kematian dibawah 200 per 100.000 kelahiran hidup dapat diwujudkan pada waktu yang telah ditargetkan. Perbaikan upaya pertolongan dan perluasan periode pelayanan ke periode 1 minggu sebelum dan setelah persalinan akan semakin membuat biaya pelayanan menjadi lebih efektif dan mempertinggi peluang untuk menurunkan rasio kematian ibu dan bayi baru lahir menjadi dibawah 100 per 100.000 kelahiran hidup.

Fokus upaya pertolongan pada periode perinatal juga membutuhkan dukungan ketersediaan pelayanan dan tenaga ahli selama 24 jam penuh di fasilitas kesehatan rujukan, termasuk penyediaan pelayanan transfusi darah dan perawatan intensif. Tanpa penjenjangan, kerjasama dan dukungan dari masing-masing jenjang pelayanan kesehatan maka bukan saja fokus pelayanan intrapartum atau perinatal semata tetapi semua upaya pertolongan bagi ibu, bayi baru lahir dan anak akan mengalami kegagalan.

Yang tidak dapat dipungkiri bahwa masih ada sebagai masyarakat yang memilih untuk tetap bersalin di rumah terutama bagi mereka yang merasa dan percaya bahwa hal itu adalah petanda bagi peristiwa alamiah yang normal dan persalinan institusional sebagai kelainan atau abnormal. Hal seperti ini tidak dapat diatasi secara frontal tetapi harus melalui suatu pembuktian bahwa persalinan institusional dengan tenaga yang terampil adalah pilihan terbaik bagi mereka dan keluarganya. Hanya dengan cara persuasif dan berdasarkan bukti inilah kita dapat menolong dan memberdayakan kelompok masyarakat ini.

Diagram 2. Penyiapan Fasilitas Pelayanan dan Pelatihan Klinik

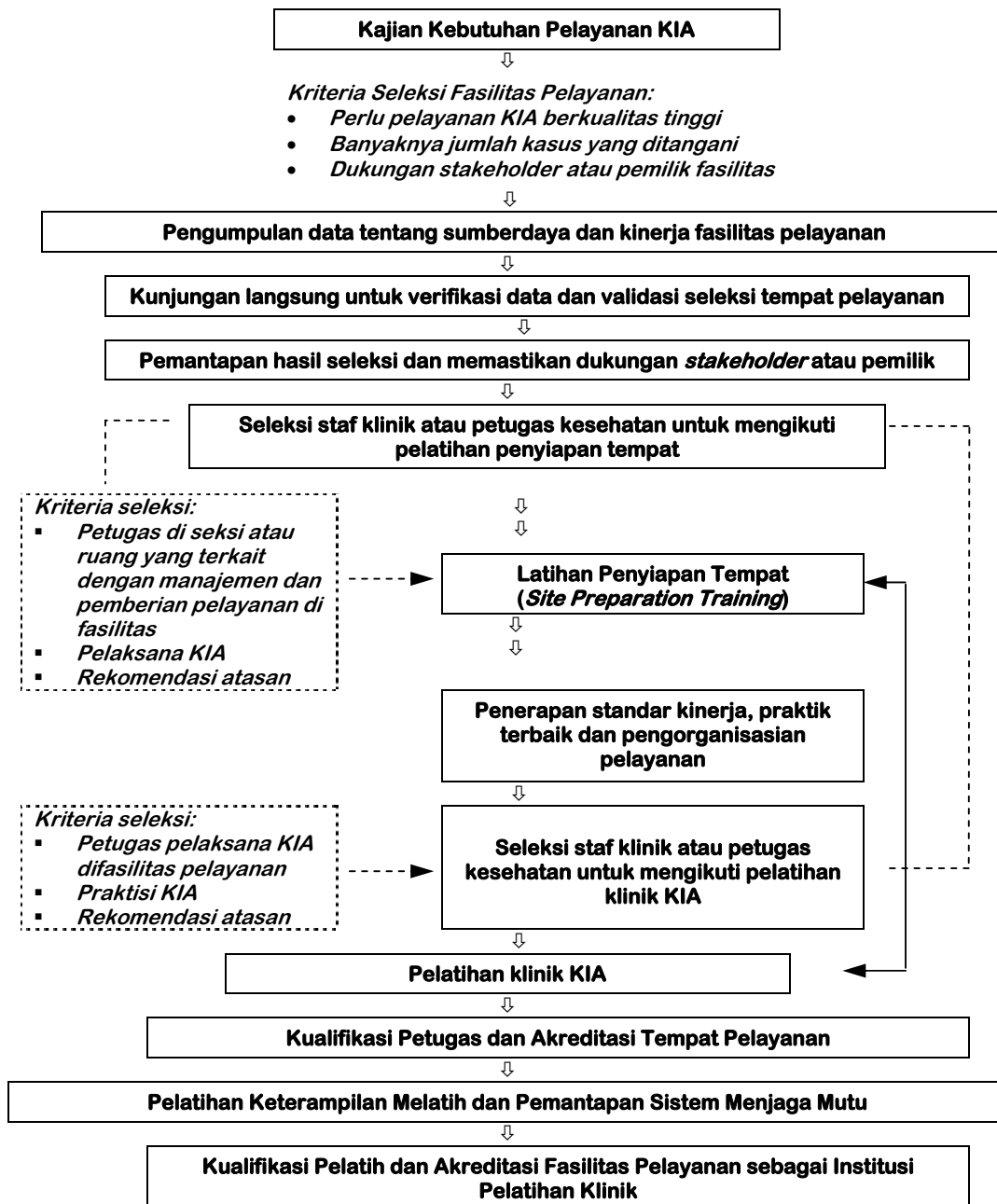
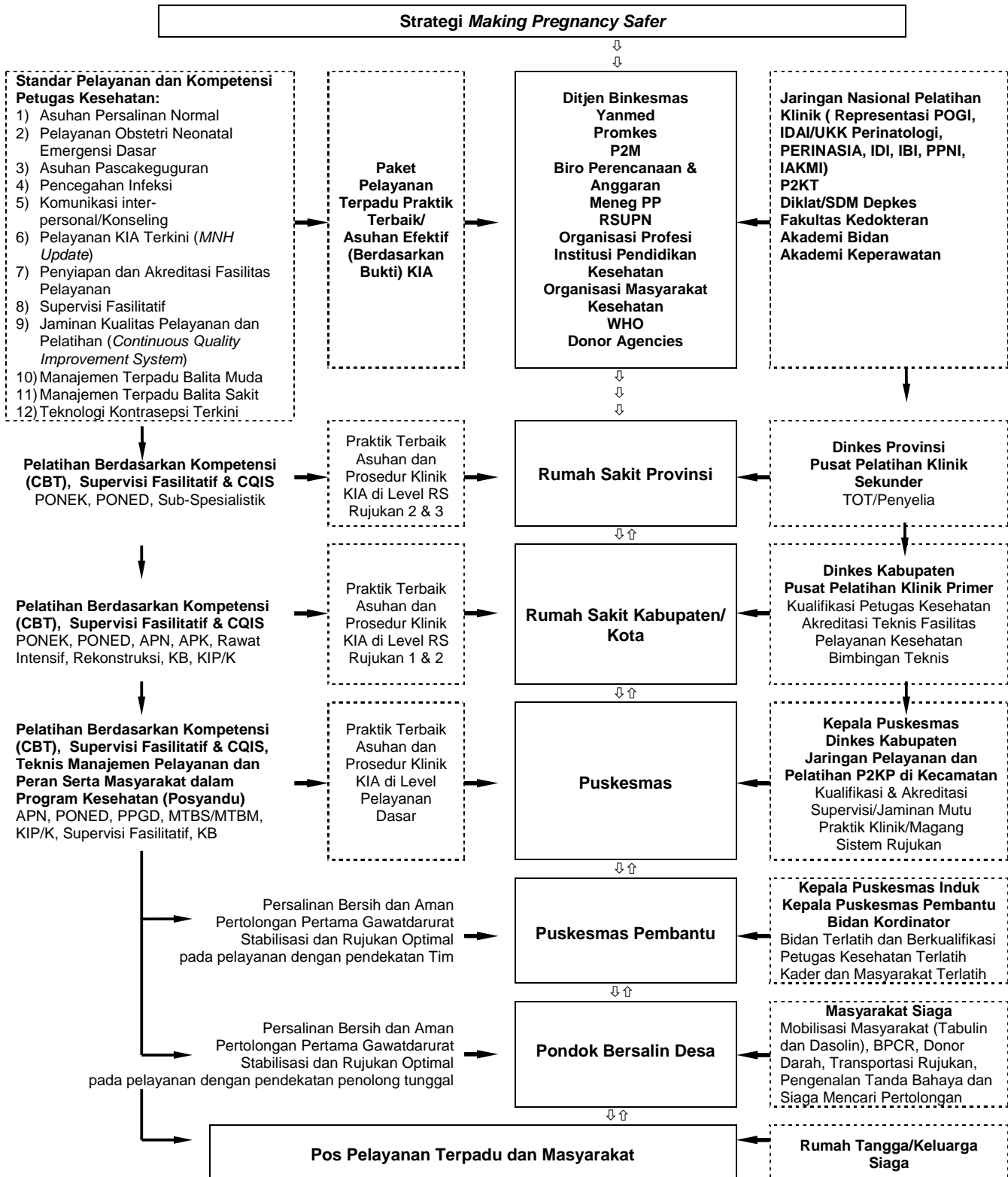


Diagram 3: Model Pelayanan Integratif KIA Berdasarkan Bukti di Berbagai Jenjang Sistem Pelayanan



Penyiapan Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas

Penyelenggaraan pelayanan yang bermutu tinggi di suatu wilayah, harus melibatkan semua jenjang yang ada dan memperhitungkan ketersediaan dana atau sumberdaya yang tersedia. Penyiapan fasilitas pelayanan meliputi:

- Penyiapan dan melengkapi sarana pelayanan di RSUD dan Puskesmas, termasuk pasokan peralatan dan instrumen untuk menyelenggarakan program MPS
- Menggalang kesepakatan dan menyepakati peran dari setiap unsur yang terlibat
- Penyiapan Sistem dan Mekanisme Kerja (termasuk Prosedur Pelaksanaan Baku) di sarana pelayanan tingkat di Provinsi (Penyiapan Rumah Sakit Provinsi sebagai Pusat Rujukan dan Pelatihan Tingkat Provinsi)
- Standardisasi Keterampilan Klinik untuk penyediaan pelayanan (Rumah Sakit) dan Pelatihan Klinik (P2KS)

Dengan demikian, untuk menjamin kelancaran proses dan kualitas pelayanan, diperlukan koordinasi antar departemen atau unit terkait. Yang harus diperhatikan dalam koordinasi internal adalah:

- Peralatan dan medikamentosa
- Kondisi pelayanan dan sumberdaya yang tersedia
- Kebutuhan peralatan dan bahan
- Jumlah peralatan dan kebutuhan pasokan
- Pengawasan dan pemeliharaan
- Kebijakan dan prosedur pengelolaan peralatan dan bahan yang diperlukan

Model Sistem Pelayanan Terpadu

Pada setiap jenjang pelayanan sebaiknya ditentukan model sistem pelayanan terpadu yang melibatkan setiap unsur terkait untuk membentuk jaringan pelayanan yang lengkap.

Pengembangan keterampilan melalui pelatihan klinik

Pelatihan klinik merupakan upaya untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan perilaku esensial bagi petugas kesehatan agar mampu untuk memberikan pelayanan standar atau berkualitas. Untuk pelatihan standardisasi manajemen klinik atau keterampilan klinik dapat dilakukan langkah-langkah berikut:

- Lakukan analisis dan seleksi fasilitas kesehatan yang petugasnya perlu mendapat pelatihan atau perbaikan kapasitas teknis (lihat kriteria di diagram 3)
- Mintakan penilaian dari P2KS/P2KP terhadap pemenuhan kriteria dan peluang untuk perbaikan kinerja pascapelatihan
- Koordinasi dengan P2KS/P2KP untuk menentukan jenis (lihat tabel 5 tentang jenis dan jenjang fasilitas pelayanan) dan waktu pelatihan untuk perbaikan kinerja
- Pastikan biaya pelatihan telah sesuai dengan standar biaya pelatihan JNPK dan tentukan ketersediaan dan sumber dari dana pelatihan
- Laksanakan pelatihan sesuai dengan jadwal yang telah disepakati dan lakukan pemantauan/penyeliaan kualitas manajemen pelatihan, termasuk fasilitas praktik klinik untuk pencapaian kompetensi klinik
- Mintakan laporan kegiatan pelatihan serta cermati pencapaian tujuan pelatihan
- Berkordinasi dengan P2KS/P2KP untuk melakukan penyeliaan fasilitatif pascapelatihan dan penentuan kualifikasi petugas kesehatan serta akreditasi teknis fasilitas pelayanan (lihat formulir 1, 2 dan 3). Sesuai dengan sistem pemantauan yang disepakati di masing-masing Kabupaten/Kota, kualifikasi dan akreditasi tersebut dapat dilakukan setahun sekali atau menggunakan jadwal tertentu lainnya.
- Buat ketetapan bahwa hanya tenaga kesehatan dengan kompetensi dan kualifikasi tertentu yang dapat melakukan pelayanan kesehatan yang ada di dalam menu, intervensi terpadu dan peraturan perundang-undangan atau regulasi yang ada
- Lakukan pemantauan implementasi hasil pelatihan atau praktik terbaik di fasilitas pelayanan dan mintakan masukan dari pengguna fasilitas tentang perbaikan kualitas pelayanan

RANGKUMAN

Dari berbagai publikasi Badan Kesehatan Dunia atau Departemen Kesehatan di berbagai negara terlihat bahwa angka kematian maternal, neonatal dan bayi masih disepakati sebagai indikator untuk mengukur kualitas program kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat di suatu negara. Pengalaman juga menunjukkan bahwa upaya untuk menurunkan jumlah kematian kelompok rentan risiko tersebut ternyata tidak semudah seperti yang direka atau disusun dalam perencanaan program kesehatan. Banyak faktor yang tidak diketahui sebelumnya atau telah diketahui tetapi sulit diintervensi (misalnya, perilaku dan peran serta masyarakat) yang menghambat upaya perbaikan derajat kesehatan ibu, bayi dan anak sehingga seakan-akan semua upaya yang dijalankan hanya berjalan di tempat.

Pengenalan periode kritis dalam rentang kehamilan, persalinan dan nifas akan membawa cakrawala baru bagi efisiensi sumberdaya dan efektifitas upaya yang akan dijalankan dalam memperbaiki kesehatan ibu, bayi dan anak. Hal ini harus dilihat sebagai pendekatan baru dalam upaya kesehatan dan tidaklah diartikan sebagai program baru bagi upaya akselerasi penurunan rasio atau jumlah absolut kematian ibu, bayi dan anak. Setiap pendekatan baru memerlukan pemahaman dan kemampuan untuk menerapkan upaya perbaikan pelayanan secara baik dan benar agar mampu memberi dampak seperti yang diharapkan.

Pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi dan anak tidak dapat hanya dijalankan pada jenjang tertentu saja tetapi harus dilaksanakan dan diberikan dengan kualitas yang tinggi di berbagai jenjang yang ada. Jenjang pelayanan dasar diharapkan akan mampu mengenali secara dini berbagai penyulit yang terjadi dan kemudian merujuk setiap kasus gawatdarurat atau komplikasi persalinan secara optimal dan tepat waktu. Rujukan ke tingkat yang lebih atas harus ditanggapi dengan ketersediaan dari berbagai jenis pelayanan yang dibutuhkan secara purna waktu, kompetensi/kualifikasi petugas yang teruji, perlengkapan/sarana yang memadai untuk menjawab berbagai tantangan yang ada dan menyelamatkan jiwa ibu, bayi baru lahir dan anak.