

PENCAPAIAN INDONESIA SEHAT MELALUI PENDEKATAN INDEKS PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN INDEKS KELUARGA SEHAT

Achieving Healthy Indonesia through Public Health Development Index and Healthy Family Index Approach

Dwi Hapsari Tjandrarini, Rofingatul Mubasyiroh, Ika Dharmayanti

Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes Kemenkes RI.
Jl. Percetakan Negara No. 29, Jakarta

Naskah diterima: 4 Januari 2018; Perbaikan: 2 April 2018; Layak Terbit: 21 Mei 2018

<http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v21i2.314.90-96>

ABSTRAK

Keberhasilan Program Indonesia Sehat (PIS) dengan Pendekatan Keluarga (PK) diukur dengan Indeks Keluarga Sehat (IKS). Jumlah IKS yang telah disepakati terdiri dari 12 indikator sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan (Balitbangkes) telah menyusun Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang berfungsi mengukur status kesehatan individu pada suatu wilayah sebelum IKS terbentuk. Penyelesaian masalah kesehatan pada kedua indeks tersebut harus dilakukan intervensi program yang sejalan. Analisis ini bertujuan untuk mengetahui indikator apa saja yang dapat memberikan daya ungkit pada kedua indeks, sehingga dapat diperoleh indikator yang lebih mengerucut untuk dijadikan prioritas program. Data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 sebagai penyusun IPKM dan IKS pada 497 kabupaten/kota. Uji statistik menggunakan data yang sudah dianalisis menjadi indikator per kabupaten/kota. Berdasarkan uji regresi linier, terdapat lima indikator yang dapat menjadi prioritas untuk memberikan daya ungkit pada kedua indeks yaitu akses air, akses sanitasi, kepemilikan jaminan kesehatan, program keluarga berencana, dan persalinan oleh nakes di faskes. Model untuk perubahan IKS mempunyai nilai korelasi sebesar 0,932, sedangkan nilai korelasi perubahan IPKM sebesar 0,796. Diharapkan jika dilakukan intervensi pada lima indikator tersebut akan meningkatkan IKS dan IPKM, sehingga tujuan menjadi Indonesia sehat dapat tercapai. Kerja sama lintas sektor untuk penyediaan pembangunan fasilitas kesehatan yang mendukung kesehatan masyarakat.

Kata kunci: air bersih; sanitasi; jaminan kesehatan; program keluarga berencana; persalinan

ABSTRACT

The success of Healthy Indonesia Program with Family Approach is well measured by Healthy Family Index (HFI). The numbers of twelve indicators of HFI were decided as the marker of family health status. National Institute of Health Research and Development Ministry of Health has created Public Health Development Index (PHDI) which purpose to measure individual health status in certain area before the HFI is formed. To resolve health problems in both indices should be through joining program interventions. This analysis aims to determine what indicators are expected to provide leverage on both indices, thus more targeted indicators can be obtained as a program priority. Basic Health Research 2013 data is used as the compilers of PHDI and HFI in 497 districts/cities. The data has been processed to be an indicator per district/city and then analyzed using linear regression test. There are five priority indicators that have a leverage on both indices that is access to clean water, access to sanitation, health care insurance ownership, family planning program, and birth delivery by health worker in health facility. The model for adjusting HFI has a correlation value of 0.932, while the correlation for PHDI is 0.796. It is expected that intervention on these five indicators will increase the HFI and PHDI, therefore the goal for becoming a healthy Indonesia can be achieved. It needs a cross-sector collaboration to build health care facilities that support health of the community.

Keywords: clean water; sanitation; health care insurance; family planning program; birth delivery

Korespondensi:

Dwi Hapsari Tjandrarini
Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes Kemenkes RI
E-mail: dhapsari2001@yahoo.com

PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia mencanangkan sembilan agenda program untuk mencapai Indonesia yang lebih mandiri dalam bidang politik, ideologi, kesehatan, ekonomi dan sosial budaya. Sembilan agenda program tersebut dinamakan Nawa Cita. Salah satu agenda dari Nawa Cita yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia yaitu dengan Program Indonesia Sehat (Kementerian Kesehatan, 2016). Sasaran program Indonesia Sehat adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat. Program Indonesia Sehat yang dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu: (1) penerapan paradigma sehat, (2) penguatan pelayanan kesehatan, dan (3) pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) (Kementerian Kesehatan, 2016). Tiga pilar utama ini bertujuan untuk tercapainya individu-individu sehat dan pada akhirnya terbentuk keluarga sehat. Upaya untuk menjawab tantangan pembangunan kesehatan dalam mencapai kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, melalui pendekatan siklus kehidupan dan melalui pendekatan keluarga yang diinisiasi dengan kunjungan ke rumah untuk pemetaan permasalahan. Pendekatan keluarga ini dikenal sebagai program keluarga sehat.

Dalam rangka pelaksanaan program keluarga sehat yang mendukung program Indonesia Sehat telah disepakati adanya dua belas indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga (Kementerian Kesehatan, 2016). Keluarga dinyatakan sehat berdasarkan komposit dari 12 indikator yang merupakan cara ukur Indeks Keluarga Sehat (IKS). Semakin banyak indikator yang dapat dipenuhi sesuai kriteria pada keluarga, maka status keluarga tersebut makin mendekati kriteria keluarga sehat. Kondisi yang diharapkan semakin banyak keluarga yang mencapai status keluarga sehat, maka akan semakin mempercepat tercapainya Indonesia sehat.

Sebelum dibentuknya Indeks Keluarga Sehat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan telah menyusun sebuah indeks untuk menjelaskan arah intervensi guna meningkatkan Usia Harapan Hidup (UHH). UHH sebagai salah satu dimensi yang mewakili bidang kesehatan dalam Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Indeks yang disusun oleh Balitbangkes adalah Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). IPKM 2007 menggunakan 24 indikator terpilih dan pada tahun 2013 dikembangkan menjadi 30 indikator yang bertujuan memperkaya informasi indikator penting

untuk mendukung pengambil kebijakan dalam pembangunan bidang kesehatan (Kemenkes, 2014).

IPKM dan IKS bermanfaat dalam mengukur status kesehatan suatu wilayah dan dapat digunakan untuk menentukan prioritas masalah yang harus dilakukan intervensi. Intervensi pada indikator dari kedua indeks ini diharapkan dapat saling mendukung pencapaian Indonesia sehat. Saat dilakukan uji statistik dengan menggunakan data Riset Kesehatan Dasar diperoleh korelasi positif yang cukup besar antara IKS dan IPKM yaitu R^2 sebesar 0,6. Artinya jika nilai IKS naik maka nilai IPKM juga akan naik dan sebaliknya. Permasalahan yang mungkin terjadi adalah adanya beberapa perbedaan indikator yang digunakan oleh kedua indeks tersebut. Jika intervensi hanya terjadi pada indikator yang berbeda maka mempunyai kemungkinan hanya mengungkit salah satu nilai indeks.

Berdasarkan hal tersebut maka analisa ini bertujuan untuk mengetahui indikator apa saja yang dapat memberikan daya ungkit secara bersama untuk kedua nilai indeks, sehingga dapat diperoleh indikator yang dapat dijadikan prioritas masalah program kesehatan. Diharapkan dengan mengetahui masalah kesehatan individu dari nilai IPKM dan diselesaikan melalui pendekatan keluarga berdasarkan nilai IKS dapat tercapai Indonesia Sehat.

METODE

Sumber data yang digunakan dalam analisis ini adalah Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Republik Indonesia. Sampel dikumpulkan dari 497 kabupaten/kota di 33 Provinsi dengan metode potong lintang. Jumlah sampel dapat menggambarkan sampai tingkat kabupaten/kota. Data diperoleh dari hasil wawancara dan pengukuran untuk tingkat individu dan rumah tangga.

Indikator yang digunakan dalam IKS adalah 1) Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB), 2) Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, 3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap, 4) Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif, 5) Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan, 6) Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar, 7) Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur, 8) Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak

ditelantarkan, 9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok, 10) Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), 11) Keluarga mempunyai akses sarana air bersih, 12) Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat (Kementerian Kesehatan, 2016). Indikator dalam IKS dihitung pada tingkat keluarga inti. Jumlah indikator untuk masing-masing keluarga bisa berbeda, sebagai contoh keluarga yang tidak memiliki balita maka indikator berikut tidak dihitung: imunisasi lengkap, ASI eksklusif, pemantauan pertumbuhan. Keluarga yang mempunyai 80% indikatornya mencapai baik maka masuk dalam kelompok keluarga sehat. Nilai IKS di tingkat kabupaten/kota diperoleh dari persentase keluarga yang mencapai nilai 80% di masing-masing kabupaten/kota.

Indikator yang digunakan dalam IPKM yaitu 1) Balita gizi buruk dan kurang, 2) Balita sangat pendek dan pendek, 3) Akses air bersih, 4) Akses sanitasi, 5) Penimbangan balita, 6) Kunjungan neonatal, 7) Imunisasi lengkap, 8) Proporsi kecamatan dengan kecukupan jumlah dokter, 9) Proporsi desa dengan kecukupan jumlah bidan, 10) Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, 11) Balita gemuk, 12) Diare balita, 13) Hipertensi, 14) Pneumonia, 15) Cuci tangan dengan benar, 16) Gangguan mental, 17) Merokok, 18) Sakit gigi dan mulut, 19) Cedera, 20) ISPA balita, 21) Penggunaan alat kontrasepsi (MKJP), 22) Pemeriksaan Kehamilan (K4:1-1-2), 23) Kurang Energi Kronik (KEK) pada WUS, 24) Proporsi desa dengan kecukupan jumlah posyandu, 25) Kepemilikan Jaminan Pelayanan Kesehatan, 26) Buang air besar di jamban, 27) Aktivitas fisik cukup, 28) Menggosok gigi dengan benar, 29) Diabetes Mellitus, 30) Obesitas sentral (Kemenkes, 2014). Indikator dalam IPKM dihitung pada tingkat individu dan rumah tangga. Indikator dibuat menjadi indikator positif dan dihitung untuk tingkat kabupaten/kota. Dari 30 indikator dikelompokkan menjadi 7 sub indeks yang bertujuan untuk mempermudah melihat kelompok masalah. Berdasarkan sub indeks tersebut dikompositkan menjadi IPKM.

Analisis hubungan indikator dalam IKS dengan nilai IPKM dan sebaliknya menggunakan regresi linier. Indikator terpilih adalah indikator yang mempunyai nilai bermakna dalam model.

HASIL

Analisis pertama bertujuan untuk memilah indikator yang berperan antar indeks. Uji regresi

linier digunakan untuk melihat hubungan dua belas indikator IKS dengan nilai IPKM. Tujuh indikator dalam IKS mempunyai hubungan bermakna dengan nilai IPKM jika dilakukan intervensi secara bersama-sama. Model ini sudah memenuhi asumsi statistik dan cukup bermakna ($p < 0,005$) serta mempunyai nilai korelasi yang cukup kuat ($r^2 = 0,75$).

Tabel 1. Model Persamaan Indikator dalam IKS dengan Nilai IPKM

	Unstandardized Coefficients	Sig.
	B	
(Constant)	-3.9354	0,00
Keluarga memiliki/memakai air bersih	0,0010	0,00
Keluarga memiliki atau memakai jamban sehat	0,0015	0,00
Sekeluarga menjadi anggota JKN/Askes	0,0002	0,01
Keluarga mengikuti KB	0,0006	0,00
Tidak ada anggota keluarga yang merokok	0,0031	0,00
Ibu bersalin di fasilitas kesehatan	0,0025	0,00
Keluarga tidak menelantarkan anggota rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa berat	0,0394	0,00

Analisis yang sama dilakukan untuk hubungan 30 indikator dalam IPKM dengan nilai IKS. Diperoleh 13 indikator yang mempunyai hubungan bermakna ($p < 0,05$) jika dilakukan intervensi secara bersama-sama. Pada Tabel 2, menunjukkan bahwa model ini sudah memenuhi asumsi persamaan linier dan mempunyai nilai korelasi yang sangat kuat ($r^2 = 0,896$).

Dari dua model yang diperoleh, maka terdapat enam indikator yang sama sehingga diperkirakan dapat memberikan daya ungkit pada kedua indeks. Indikator tersebut adalah akses air, akses sanitasi yaitu penggunaan jamban sehat, kepemilikan jaminan kesehatan, program keluarga berencana, persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, dan kesehatan jiwa. Jika dilakukan intervensi pada indikator-indikator tersebut, diharapkan akan meningkatkan IKS dan IPKM sekaligus.

Selanjutnya melakukan uji regresi linier dengan menggunakan enam indikator terpilih terhadap nilai IPKM dan nilai IKS. Dari enam indikator terpilih hanya

Tabel 2. Model Persamaan Indikator dalam IPKM dengan Nilai IKS

	Unstandardized Coefficients	Sig.
	B	
(Constant)	-46.318	.000
Penimbangan	0,104	.000
Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang	0,191	.000
Kurang Energi Kronik	0,103	.000
Persalinan oleh Nakes di Faskes	0,102	.000
Kecukupan jumlah dokter per kecamatan	-0,038	.012
Kecukupan jumlah posyandu per desa	-0,024	.036
Kecukupan jumlah bidan per desa	-0,048	.003
Kepemilikan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	0,309	.000
Perilaku cuci tangan	0,048	.007
Perilaku Buang Air Besar	0,098	.000
Hipertensi	0,296	.000
Sanitasi (Penggunaan Jamban Sehat)	0,423	.000
Akses Sumber Air Bersih	0,125	.000

lima indikator yang nilai kemaknaannya memenuhi syarat ($p < 0,05$). Indikator kesehatan mental tidak memenuhi kriteria dalam pemodelan ini. Pada Tabel 3 dapat dilihat model untuk memperkirakan perubahan IKS. Model ini mempunyai nilai korelasi yang sangat kuat ($r^2 = 0,932$) dan bermakna ($p < 0,05$).

Tabel 3. Model Persamaan Indikator dalam IKS dengan Nilai IKS

	Unstandardized Coefficients	Sig.
	B	
(Constant)	-30.468	.000
Keluarga memiliki atau memakai jamban sehat	0,396	.000
Keluarga memiliki/memakai air bersih	0,382	.000
Keluarga mengikuti KB	0,164	.000
Ibu bersalin di fasilitas kesehatan	0,242	.000
Sekeluarga menjadi anggota JKN/Askes	0,305	.000

Pada Tabel 4 memperlihatkan model untuk memperkirakan perubahan nilai IPKM. Model ini mempunyai nilai korelasi yang cukup kuat ($r^2 = 0,796$) dan bermakna ($p < 0,05$).

Tabel 4. Model Persamaan Indikator dalam IPKM dengan Nilai IPKM

	Unstandardized Coefficients	Sig.
	B	
(Constant)	0.344	.000
Sanitasi (Penggunaan jamban sehat)	0.002	.000
Akses sumber air bersih	0.001	.000
Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang	0.001	.000
Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan	0.001	.000
Kepemilikan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	0.000	.000

Lima indikator tersebut diperkirakan dapat mengungkit kedua indeks sehingga harus menjadi prioritas intervensi terhadap individu dengan pendekatan keluarga.

PEMBAHASAN

IPKM bertujuan untuk menjelaskan arah intervensi kesehatan. Besaran masalah dapat diketahui melalui prevalensi dan cakupan dari indikator dalam IPKM. Masalah dihitung pada unit individu dan rumah tangga. Indeks Keluarga Sehat mempunyai tujuan yang sama, tetapi unit analisisnya berbeda. Unit analisis yang digunakan dalam IKS adalah keluarga inti yaitu ayah, ibu, dan anak. Jika dalam satu rumah terdapat beberapa anggota keluarga inti, maka dianggap menjadi beberapa unit keluarga inti dan diawali dari orang tua yang memiliki anak-anak yang belum berumah tangga. IPKM dengan pendekatan individu dapat digunakan untuk melihat besaran masalah yang ada di masyarakat. Namun untuk mengatasi masalah, dapat lebih cepat diperoleh dengan pendekatan keluarga yang dilihat melalui IKS.

Dari lima indikator terpilih, dua indikator lain lebih bersifat memperbaiki fasilitas dan perilaku. Selain itu, akses air bersih dan sanitasi merupakan kebutuhan mendasar dan hak asasi manusia, serta sangat penting untuk martabat dan kesehatan semua orang

(WHO & Unicef, 2000). Masalah akses air mencakup jenis air yang *improved* dan kecukupannya. Kualitas air minum merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap 88 persen kematian anak akibat diare di seluruh dunia akibat ketersediaan air bersih yang tidak mencukupi (Unicef, 2012).

Penelitian yang terkait dengan ketersediaan air bersih telah dilakukan oleh Anwar & Musadad (2009), Azhar, Dharmayanti, Anwar (2014), dan Azhar, Kumala, & Hapsari (2015). Ketiga penelitian tersebut membahas tentang akses dan kualitas air serta pengaruhnya terhadap peningkatan persentase penyakit diare pada balita. Dengan melakukan intervensi penggunaan jamban sehat dan penggunaan sumber air bersih di rumah tangga melalui pendekatan keluarga, diharapkan dapat membawa dampak pada penurunan prevalensi penyakit menular. Penurunan prevalensi penyakit menular diharapkan dapat berdampak memperbaiki status gizi, terutama balita

Cakupan akses air bersih pada tahun 2007–2013 di tingkat rumah tangga, menurut Riskesdas meningkat dari 57,7% menjadi 82,2% (Kementerian Kesehatan, 2008) (Kemenkes, 2013). Pada tahun 2015, secara umum seluruh wilayah Indonesia telah memenuhi target MDG's untuk ketercukupan pemenuhan air minum yang berkualitas (WHO/UNICEF, 2015). Akan tetapi, masih terdapat beberapa permasalahan dalam akses air dan sanitasi, salah satunya adalah kelompok miskin di perkotaan harus mengeluarkan biaya lebih besar untuk mendapatkan air dengan kualitas yang kurang (Unicef, 2012).

Dalam rangka penyediaan air minum dan sanitasi dasar bagi masyarakat, pemerintah melaksanakan program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (Pamsimas). Program pertama Pamsimas telah dilaksanakan tahun 2007–2012, dan saat ini telah berlanjut dengan Pamsimas III (2016–2019). Program Pamsimas telah dilakukan di beberapa kabupaten/kota, salah satunya di desa Legok dan Tambakserang Kabupaten Brebes. Manfaat yang diperoleh dengan adanya program Pamsimas yaitu keberlanjutan sarana air minum dan sanitasi dan semakin tingginya tingkat partisipasi masyarakat serta kesadaran akan perilaku hidup bersih dan sehat (Chaerunnissa, 2015).

Indikator penting lainnya dalam IPKM dan IKS adalah kepemilikan jaminan pelayanan kesehatan. Di Indonesia, pembiayaan kesehatan lebih menitikberatkan pada upaya kuratif, dengan

perbandingan biaya 70% berasal dari masyarakat dan 30% dari pemerintah. Sebanyak 75% pengeluaran masyarakat untuk pembiayaan kesehatan merupakan pengeluaran tunai. Beban biaya yang sepenuhnya harus ditanggung sendiri menyebabkan tidak semua orang mampu membiayai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, terutama masyarakat miskin (Kurniawan and Intiasari, 2012; WHO, 2017).

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, Kementerian Kesehatan pada tahun 2008 meluncurkan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dengan masyarakat miskin dan warga kurang mampu sebagai sasaran program. Sejak 1 Januari 2014 program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai diberlakukan dengan pelayanan kesehatan melalui sistem rujukan berjenjang. Terdapat beberapa permasalahan dan kendala terkait pelaksanaan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin, salah satunya yaitu penyalahgunaan surat keterangan tidak mampu (SKTM) oleh kelompok masyarakat mampu, sehingga target menyalahgunakan masyarakat miskin tidak tercapai (Damayanti, 2008). Kurangnya sosialisasi kepada masyarakat juga merupakan faktor penghambat pencapaian keberhasilan jaminan kesehatan (Widianto, 2013; Hartati, Kiyai & Laloma, 2014).

Diharapkan dengan adanya jaminan pembiayaan kesehatan, maka beban biaya pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat menjadi semakin berkurang, penghasilan lebih stabil dan tidak terganggu dengan biaya kesehatan tidak terduga serta mendorong pelayanan promosi dan preventif penyakit (Setyawan, 2015). Selain itu, dengan meningkatkan cakupan indikator tersebut, diharapkan dapat menurunkan prevalensi penyakit, meningkatkan persalinan oleh tenaga kesehatan, dan secara umum meningkatkan cakupan dan kualitas pemanfaatan pelayanan kesehatan (Bank, 2008).

Dua indikator yang tidak berlaku umum untuk kriteria keluarga yaitu indikator penggunaan metode keluarga berencana jangka panjang dan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Indikator tersebut hanya dihitung untuk keluarga yang merupakan pasangan usia subur dan ibu yang melahirkan.

Upaya pengaturan kehamilan dan jumlah anak yang dilahirkan oleh perempuan usia subur (15–49 tahun) memiliki manfaat langsung dan tidak langsung dalam meningkatkan kualitas kesehatan ibu sehingga mampu bekerja lebih produktif, serta dapat menurunkan risiko kematian ibu dan bayi. Kebijakan

keluarga berencana (KB) juga dapat menghemat pengeluaran keluarga, sehingga kualitas kesehatan dan pendidikan keluarga semakin meningkat. Dengan demikian akan dihasilkan generasi penerus yang sehat dan berkualitas dan dalam jangka panjang dapat memutus rantai kemiskinan (Bank, 2015; Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2018). Program KB juga dapat menghemat pengeluaran pemerintah untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Selain itu, dengan adanya perubahan paradigma dalam pelaksanaan KB, yang menjamin kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi dengan memperhatikan kesetaraan dan keadilan gender melalui pemberdayaan perempuan dan partisipasi pria. (PKBI, 2012).

Pelayanan persalinan yang aman juga dapat meningkatkan nilai IPKM sekaligus IKS. Persalinan yang aman dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Selain itu, persalinan yang aman juga merupakan bagian dari upaya meningkatkan pencapaian pembangunan kesehatan yang juga merupakan tujuan dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2016–2030. Persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan agar sesuai dengan metode persalinan standar sehingga dapat terhindar dari risiko komplikasi persalinan yang tidak diinginkan (Mardela, Widiasih and Trisyani, 2012).

Komplikasi persalinan dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi. Penyebab terbesar kematian ibu yaitu pendarahan, eklamsia, infeksi, persalinan lama dan keguguran. Sedangkan penyebab kematian bayi sebagian besar disebabkan oleh berat bayi lahir rendah (BBLR), kesulitan bernafas dan infeksi. Dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan bayi, diperlukan peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan mendekatkan jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K). Program P4K membutuhkan peran aktif keluarga, kader, masyarakat serta petugas kesehatan dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan dalam menghadapi terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin, dan nifas (Kemenkes RI, 2010).

KESIMPULAN

Nilai IPKM dan IKS dapat ditingkatkan secara bersamaan melalui program yang berhubungan dengan perubahan perilaku masyarakat dan

peningkatan fasilitas terkait kesehatan. Indikator prioritas yang dapat meningkatkan kedua indeks tersebut yaitu penggunaan jamban sehat (sanitasi), akses air bersih, penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang, persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan dan kepemilikan jaminan pemeliharaan kesehatan. Peningkatan cakupan lima indikator prioritas tersebut, melalui pendekatan keluarga. Individu-individu yang sehat akan membuat keluarga menjadi sehat, keluarga-keluarga yang sehat akan membuat negara menjadi sehat sehingga dapat tercapai Indonesia sehat.

SARAN

Pemerintah pusat dan daerah mempunyai peran besar untuk mendukung terbentuknya Indonesia sehat melalui penyediaan fasilitas yang mendukung kesehatan. Secara lintas sektor dapat membangun sarana jamban sehat, penyediaan air bersih yang mudah diakses masyarakat, penyediaan sarana transportasi agar mudah menjangkau fasilitas kesehatan. Sektor kesehatan dapat lebih memperhatikan pemerataan tenaga kesehatan yang terampil ke seluruh wilayah Indonesia, penyelenggaraan sistem pelayanan yang memudahkan untuk pemanfaatannya, dan tarif pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Penyediaan tenaga kesehatan yang terampil dan aktif melaksanakan promotif-preventif melalui pendekatan keluarga dapat meningkatkan status kesehatan individu.

TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada *International Development Research Center* (IDRC), Ottawa, Canada, atas dukungan finansial yang diberikan untuk kegiatan pengembangan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat 2013 dan penulisan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, A. and Musadad, A. 2009. Pengaruh akses penyediaan air bersih terhadap kejadian diare pada balita', *Jurnal Ekologi Kesehatan Vol.*, 8 (2), 953–963.
- Azhar, K., Kumala, D.S. and Hapsari, D. 2015. Diare Balita di Provinsi DKI Jakarta Ditinjau dari Aspek Air Minum, Sanitasi dan PHBS (Analisis Data Riskesdas 2013)', *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 14(1), 29–40.

- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2018. BKKBN dan Kementerian Pertanian Sinergi Mengentaskan Kemiskinan', *Berita*, 24 April, 1. Available at: <https://www.bkkbn.go.id/detailpost/bkkbn-dan-kementerian-pertanian-sinergi-mengentaskan-kemiskinan>.
- Bank, T.W. 2015. Memutus Rantai Kemiskinan di Indonesia', *Artikel*, 1. Available at: <https://www.indonesia-investments.com/id/keuangan/angka-ekonomi-makro/kemiskinan/item301?>
- Bank, W. 2008. *Berinvestasi dalam Sektor Kesehatan Indonesia: Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan: Kajian Pengeluaran Publik Indonesia untuk Sektor Kesehatan*. Washington D.C., USA. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/781331468042269534/pdf/463140WPOHPER114086B01PUBLIC10final.pdf>.
- Chaerunnissa, C. 2015. Partisipasi Masyarakat dalam Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (Pamsimas) di Kabupaten Brebes', *POLITIKA*, 5 (2).
- Damayanti, K. 2008. *Evaluasi Implementasi Kebijakan Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) dan Prospek Implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)*.
- Hartati, D.P., Kiyai, B. and Laloma, A. 2014. Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Nipa Kecamatan Nusa Tabukan Kabupaten Kepulauan Sangihe', *Jurnal Administrasi Publik*, 4 (5), 1–11. Available at: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/JAP/article/viewFile/5866/5399>.
- Kemenkes. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013, Laporan Nasional 2013*. doi: 1 Desember 2013.
- Kemenkes, B. 2014. *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*, Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
- Kementerian Kesehatan. 2008. *Riset Kesehatan Dasar*. Kementerian Kesehatan, S.J. 2016. *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*.
- Kurniawan, A. and Intiasari, A.D. 2012. Kebutuhan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Wilayah Perdesaan Health Insurance Need in Rural Areas', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7 (1), 3–7.
- Mardela, A.P., Widiasih, R. and Trisyani, M. 2012. Rencana pemilihan penolong dan tempat persalinan ibu hamil setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang persiapan persalinan aman', *Jurnal Universitas Padjadjaran*, 1(1), 1–15.
- PKBI. 2012. *Program Keluarga Berencana (KB): Investasi Bagi Peningkatan Kualitas SDM Indonesia*. Available at: pkbi.or.id/wp-content/uploads/2012/03/KB.pdf.
- Setyawan, F.E.B. 2015. Sistem Pembiayaan Kesehatan', *Jurnal Santika Medika*, 11(2), 119–26.
- Unicef. 2012. *Air Bersih, Sanitasi & Kebersihan, Ringkasan Kajian Air Bersih, Sanitasi & Kebersihan*.
- WHO. 2017. *The Republic of Indonesia: Health System Review, World Health Organization*. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254716/1/9789290225164-eng.pdf>.
- WHO/UNICEF. 2015. *2015 Update and MDG Assessment, World Health Organization*. doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2.
- WHO and Unicef. 2000. *Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report, Water Supply*. doi: http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/globalassess/en/.
- Widianto, A.A. 2013. Menjembatani Aksesibilitas Masyarakat Miskin Pada Pelayanan Kesehatan Melalui Institusi Lokal', *Sosiologi Reflektif*, 8(1), 49–74. Available at: <http://ejournal.uin-suka.ac.id/isoshum/sosiologirefleksif/article/viewFile/1085/990>.