

# Ringkasan Kajian

## Kesehatan Ibu & Anak

### Isu-isu penting

**S**etiap tiga menit, di manapun di Indonesia, satu anak balita meninggal dunia. Selain itu, setiap jam, satu perempuan meninggal dunia ketika melahirkan atau karena sebab-sebab yang berhubungan dengan kehamilan.

Peningkatan kesehatan ibu di Indonesia, yang merupakan Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) kelima, berjalan lambat dalam beberapa tahun terakhir. Rasio kematian ibu, yang diperkirakan sekitar 228 per 100.000 kelahiran hidup, tetap tinggi di atas 200 selama dekade terakhir, meskipun telah dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu. Hal ini bertentangan dengan negara-negara miskin di sekitar Indonesia yang menunjukkan peningkatan lebih besar pada MDG kelima (Gambar 1).

Indonesia telah melakukan upaya yang jauh lebih baik dalam menurunkan angka kematian pada bayi dan balita, yang merupakan MDG keempat. Tahun 1990-an menunjukkan perkembangan tetap dalam menurunkan angka kematian balita, bersama-sama dengan komponen-komponennya, angka kematian bayi dan angka kematian bayi baru lahir. Akan tetapi, dalam beberapa tahun

terakhir, penurunan angka kematian bayi baru lahir (neonatal) tampaknya terhenti. Jika tren ini berlanjut, Indonesia mungkin tidak dapat mencapai target MDG keempat (penurunan angka kematian anak) pada tahun 2015, meskipun nampaknya Indonesia berada dalam arah yang tepat pada tahun-tahun sebelumnya.

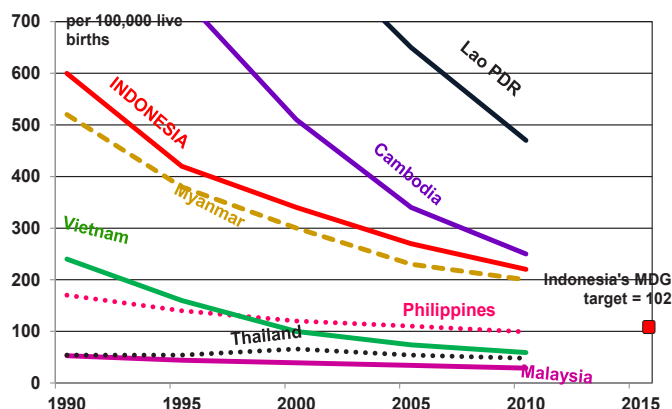
### Pola-pola kematian anak

**S**ebagian besar kematian anak di Indonesia saat ini terjadi pada masa baru lahir (neonatal), bulan pertama kehidupan. Kemungkinan anak meninggal pada usia yang berbeda adalah 19 per seribu selama masa neonatal, 15 per seribu dari usia 2 hingga 11 bulan dan 10 per seribu dari usia satu sampai lima tahun. Seperti di negara-negara berkembang lainnya yang mencapai status pendapatan menengah, kematian anak di Indonesia karena infeksi dan penyakit anak-anak lainnya telah mengalami penurunan, seiring dengan peningkatan pendidikan ibu, kebersihan rumah tangga dan lingkungan, pendapatan dan akses ke pelayanan kesehatan. Kematian bayi baru lahir kini merupakan hambatan utama dalam menurunkan kematian anak lebih lanjut. Sebagian besar penyebab kematian bayi baru lahir ini dapat ditanggulangi.

Baik di daerah perdesaan maupun perkotaan dan untuk seluruh kuintil kekayaan, kemajuan dalam mengurangi angka kematian bayi telah terhenti dalam beberapa tahun terakhir. Survei Demografi dan Kesehatan 2007 (SDKI 2007) menunjukkan bahwa baik angka kematian balita maupun angka kematian bayi baru lahir telah meningkat pada kuintil kekayaan tertinggi, tetapi alasannya tidak jelas (Gambar 2). Meskipun rumah tangga perdesaan masih memiliki angka kematian balita sepertiga lebih tinggi daripada angka kematian balita pada rumah tangga perkotaan, tetapi sebuah studi menunjukkan bahwa angka kematian di perdesaan mengalami penurunan lebih cepat daripada angka kematian di perkotaan, dan bahwa kematian di perkotaan bahkan telah mengalami peningkatan pada masa neonatal. Tren ini tampaknya terkait dengan

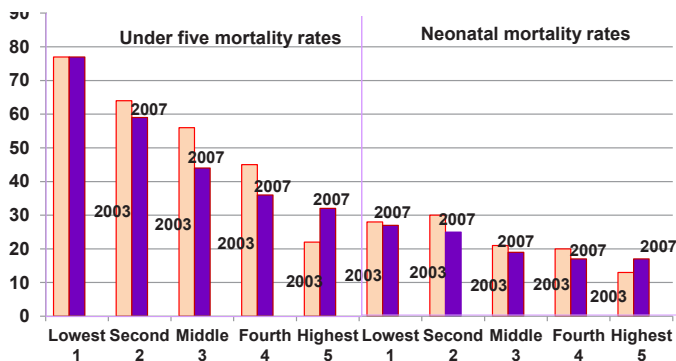
Gambar 1. Tren kematian Ibu, beberapa negara ASEAN

Sumber: UN Maternal Mortality Estimation Group: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank



urbanisasi yang cepat, sehingga menyebabkan kepadatan penduduk yang berlebihan, kondisi sanitasi yang buruk pada penduduk miskin perkotaan, yang diperburuk oleh perubahan dalam masyarakat yang telah menyebabkan hilangnya jaring pengaman sosial tradisional. Kualitas pelayanan yang kurang optimal di daerah-daerah miskin perkotaan juga merupakan faktor penyebab.

Gambar 2. Angka kematian anak balita & bayi baru lahir menurut kelompok kekayaan dalam periode sepuluh tahun sebelum setiap survey



**Angka kematian anak terkait dengan kemiskinan. Anak-anak dalam rumah tangga termiskin umumnya memiliki angka kematian balita lebih dari dua kali lipat dari angka kematian balita di kelompok kuintil paling sejahtera.** Hal ini karena rumah tangga yang lebih kaya memiliki akses yang lebih banyak ke pelayanan kesehatan dan sosial yang berkualitas, praktek-praktek kesehatan yang lebih baik dan pada umumnya tingkat pendidikan yang lebih tinggi.

**Angka kematian anak di daerah-daerah miskin di pinggiran perkotaan jauh lebih tinggi daripada rata-rata angka kematian anak di perkotaan.** Studi tentang “mega-kota” Jakarta (yang disebut Jabotabek), Bandung dan Surabaya tahun 2000 menyatakan angka kematian anak sampai lima kali lebih tinggi di kecamatan-kecamatan perkotaan pinggiran kota yang miskin di Jabotabek daripada di pusat kota Jakarta. Kematian anak yang lebih tinggi disebabkan oleh penyakit dan kondisi yang berhubungan dengan kepadatan penduduk yang berlebihan, serta rendahnya kualitas air bersih dan sanitasi yang buruk.

**Perbedaan geografis yang mencolok: angka kematian balita lebih dari 90 per seribu anak di tiga provinsi di kawasan timur** (Gambar 3). Kematian bayi baru lahir sangat tinggi di Sulawesi Barat, Kalimantan Selatan, Nusa Tenggara Barat dan Sumatera Barat, melebihi angka kematian balita di provinsi-provinsi yang kaya seperti Kalimantan Tengah, Jawa Tengah dan Yogyakarta. Sedangkan angka kematian di Jawa umumnya lebih rendah, tetapi terdapat sejumlah besar perempuan

dan anak-anak yang terkena dampak dari kondisi ini, yang mengakibatkan perlunya pertimbangan dalam menentukan target upaya-upaya yang dilakukan.

**Anak-anak dari ibu yang kurang berpendidikan umumnya memiliki angka kematian yang lebih tinggi daripada mereka yang lahir dari ibu yang lebih berpendidikan.** Selama kurun waktu 1998-2007, angka kematian bayi pada anak-anak dari ibu yang tidak berpendidikan adalah 73 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi pada anak-anak dari ibu yang berpendidikan menengah atau lebih tinggi adalah 24 per 1.000 kelahiran hidup. Perbedaan ini disebabkan oleh perilaku dan pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik di antara perempuan-perempuan yang berpendidikan.

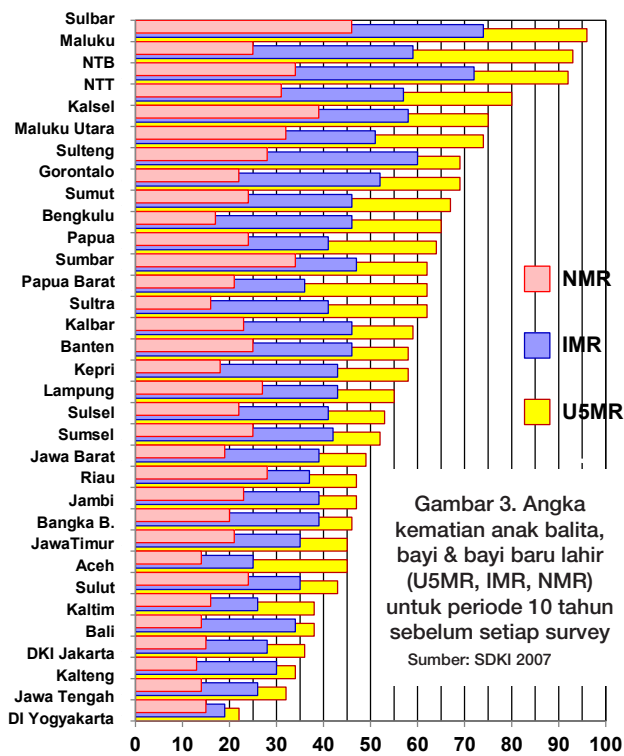
**Indonesia mengalami peningkatan feminisasi epidemi HIV/AIDS.** Proporsi perempuan di antara kasus-kasus HIV baru telah meningkat dari 34 persen pada tahun 2008 menjadi 44 persen pada tahun 2011. Akibatnya, Kementerian Kesehatan telah memproyeksikan peningkatan infeksi HIV pada anak-anak.

## Kesenjangan pelayanan kesehatan

**Pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas dapat mencegah tingginya angka kematian.** Di Indonesia, angka kematian bayi baru lahir pada anak-anak yang ibunya mendapatkan pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh profesional medis adalah seperlima dari angka kematian pada anak-anak yang ibunya tidak mendapatkan pelayanan ini. Gambar 4 memberikan gambaran umum tentang cakupan beberapa pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di Indonesia.

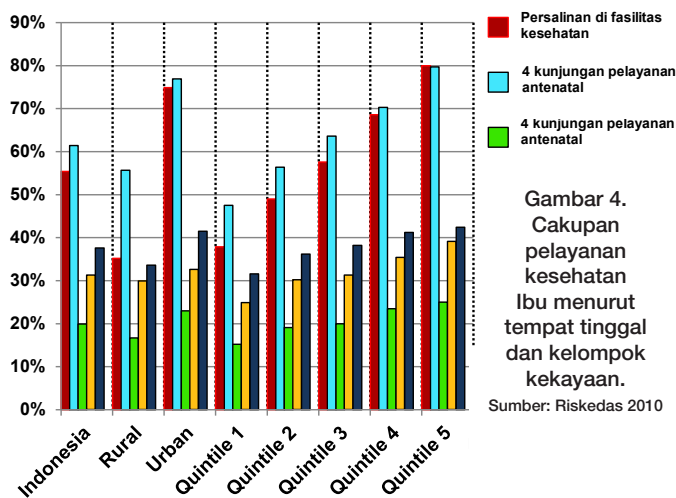
**Indonesia menunjukkan angka peningkatan proporsi persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan yang terlatih, dari 41 persen pada tahun 1992 menjadi 82 persen pada tahun 2010.** Indikator tersebut hanya mencakup dokter dan bidan atau bidan desa. Di tujuh provinsi kawasan timur, satu dari setiap tiga persalinan berlangsung tanpa mendapatkan pertolongan dari tenaga kesehatan apapun, hanya ditolong oleh dukun bayi atau anggota keluarga.

**Proporsi persalinan di fasilitas kesehatan masih rendah, yaitu sebesar 55 persen.** Lebih dari setengah perempuan di 20 provinsi tidak mampu atau tidak mau menggunakan jenis fasilitas kesehatan apapun, sebagai penggantinya mereka melahirkan di rumah mereka sendiri. Perempuan yang melahirkan di fasilitas kesehatan memungkinkan untuk memperoleh akses ke pelayanan obstetrik darurat dan perawatan bayi baru lahir, meskipun pelayanan ini tidak selalu tersedia di semua fasilitas kesehatan.



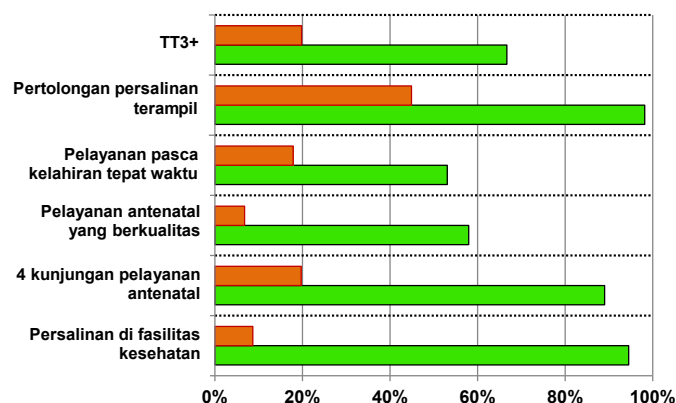
**Sekitar 61 persen perempuan usia 10-59 tahun melakukan empat kunjungan pelayanan antenatal yang disyaratkan selama kehamilan terakhir mereka.** Kebanyakan perempuan hamil (72 persen) di Indonesia melakukan kunjungan pertama, tetapi putus sebelum empat kunjungan yang direkomendasikan oleh Kementerian Kesehatan. Kurang lebih 16 persen perempuan (25 persen dari perdesaan dan 8 persen perempuan perkotaan) tidak pernah mendapatkan pelayanan antenatal selama kehamilan terakhir mereka.

**Kualitas pelayanan yang diterima selama kunjungan antenatal tidak memadai.** Kementerian Kesehatan Indonesia merekomendasikan komponen-komponen pelayanan antenatal yang berkualitas sebagai berikut: (i) pengukuran tinggi dan berat badan, (ii) pengukuran tekanan darah, (iii) tablet zat besi, (iv) imunisasi tetanus toksoid, (v) pemeriksaan perut, dan selain (vi) pengetesan sampel darah dan urin dan (vii) informasi tentang tanda-tanda komplikasi kehamilan. Sekitar 86 dan 45 persen perempuan hamil masing-masing telah diambil sampel darah mereka dan diberitahu tentang tanda-tanda komplikasi kehamilan. Akan tetapi, hanya 20 persen perempuan hamil mendapatkan lima intervensi pertama secara lengkap, menurut Riskesdas 2010. Bahkan di Yogyakarta, provinsi dengan cakupan tertinggi, proporsi ini hanya 58 persen. Sulawesi Tengah memiliki cakupan terendah sebesar 7 persen.



**Sekitar 38 persen perempuan usia reproduktif menyatakan telah mendapatkan dua atau lebih suntikan tetanus toxoid (TT2+) selama kehamilan.** Kementerian Kesehatan merekomendasikan agar perempuan mendapatkan suntikan tetanus toksoid selama dua kehamilan pertama, dengan suntikan penguat sekali selama setiap kehamilan berikutnya untuk memberikan perlindungan penuh. Cakupan TT2+ terendah terdapat di Sumatera Utara (20 persen) dan tertinggi di Bali (67 persen).

**Gambar 6. Cakupan pelayanan kesehatan Ibu: provinsi dengan kinerja terbaik dan terburuk**  
Sumber: Riskesdas 2010 (Susenas 2010 untuk pertolongan persalinan)



**Kira-kira 31 persen ibu nifas mendapatkan pelayanan antenatal "tepat waktu."** Ini berarti pelayanan dalam waktu 6 sampai 48 jam setelah melahirkan, seperti yang ditentukan oleh Kementerian Kesehatan. Pelayanan pasca persalinan yang baik sangat penting, karena sebagian besar kematian ibu dan bayi baru lahir terjadi pada dua hari pertama dan pelayanan pasca persalinan diperlukan untuk menangani komplikasi setelah persalinan. Kepulauan Riau, Nusa Tenggara Timur dan Papua menunjukkan kinerja terburuk dalam hal ini, cakupan pelayanan pasca persalinan tepat waktu hanya 18 persen di Kepulauan Riau. Sekitar 26 persen dari semua ibu nifas pernah mendapatkan pelayanan pascapersalinan.

**Di antara pelayanan kesehatan yang tersedia bagi ibu, persalinan di fasilitas kesehatan menunjukkan kesenjangan terbesar** (Gambar 4 dan 5). Proporsi persalinan di fasilitas kesehatan di daerah-daerah perkotaan sebesar 113 persen lebih tinggi daripada proporsi di daerah-daerah perdesaan. Proporsi perempuan dari kuintil kekayaan tertinggi yang melahirkan di fasilitas kesehatan sebesar 111 persen lebih tinggi daripada proporsi dari kuintil termiskin.

**Terkait dengan pelayanan-pelayanan lain, kesenjangan kesejahteraan lebih besar daripada kesenjangan perkotaan-perdesaan.** Kesenjangan kota-desa sebesar 9 sampai 38 persen untuk pelayanan yang berkaitan dengan pelayanan antenatal, TT2 + dan pelayanan pascapersalinan, tetapi perbedaan antara kuintil kekayaan berkisar antara 34-68 persen. Cakupan pelayanan pascapersalinan tepat waktu yang relatif rendah kemungkinan besar disebabkan oleh kurangnya prioritas di antara perempuan untuk pelayanan ini, bukan oleh kesulitan akses atau ketersediaan.

## Hambatan

**Buruknya kualitas pelayanan kesehatan antenatal, persalinan, dan pascapersalinan merupakan hambatan utama untuk menurunkan kematian ibu dan anak.** Untuk seluruh kelompok penduduk, cakupan tentang indikator yang berkaitan dengan kualitas pelayanan (misalnya, pelayanan antenatal yang berkualitas) secara konsisten lebih rendah daripada cakupan yang berkaitan dengan kuantitas atau akses (misalnya empat kunjungan antenatal). Studi 2002 menunjukkan bahwa buruknya kualitas pelayanan merupakan faktor penyebab 60 persen dari 130 kematian ibu yang dikaji.

**Buruknya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat menunjukkan perlunya meningkatkan pengeluaran pemerintah untuk kesehatan.** Indonesia menunjukkan salah satu jumlah pengeluaran kesehatan terendah, sebesar 2,6 persen dari produk domestik bruto pada tahun 2010. Pengeluaran kesehatan masyarakat hanya di bawah setengah dari total pengeluaran kesehatan. Di tingkat kabupaten, sektor kesehatan hanya menerima 7 persen dari total dana kabupaten, dan Dana Alokasi Khusus (DAK) untuk kesehatan rata-rata kurang dari satu persen dari total anggaran pemerintah daerah.

**Proses perencanaan untuk DAK harus lebih efisien, efektif dan transparan.** Di tingkat pusat, wakil-wakil di DPR memainkan peran penting dalam menentukan alokasi dana untuk kabupaten masing-masing, dan dengan demikian, memperlambat proses DAK tersebut.

Dana kesehatan tersedia di tingkat kabupaten hanya pada akhir tahun anggaran.

**Berbagai hambatan menyebabkan perempuan miskin tidak sepenuhnya menyadari manfaat Jampersal, program asuransi kesehatan Pemerintah untuk perempuan hamil.** Hambatan-hambatan tersebut meliputi tingkat penggantian biaya yang tidak memadai, khususnya jika termasuk biaya transportasi dan komplikasi, dan kurangnya kesadaran di antara perempuan tentang kelayakan dan manfaat Jampersal.

**Berdasarkan permintaan, harus ada lebih banyak fasilitas kesehatan yang memberikan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dan lebih banyak dokter kandungan dan ginekolog.** Rasio fasilitas-penduduk untuk PONEK di Indonesia (0,84 per 500.000) masih di bawah rasio satu per 500.000 yang direkomendasikan oleh UNICEF, WHO dan UNFPA (1997). Indonesia memiliki sekitar 2.100 dokter kandungan-ginekolog (atau satu per 31.000 wanita usia subur), tetapi tidak tersebar secara merata. Lebih dari setengah dokter kandungan-ginekolog melakukan praktek di Jawa.

**Perilaku yang tidak tepat dan kurangnya pengetahuan berkontribusi terhadap kematian anak:**

- **Para ibu dan petugas kesehatan masyarakat tidak memiliki pengetahuan tentang penanggulangan atau pengobatan penyakit-penyakit umum anak.** Di Indonesia, satu dari tiga anak balita menderita demam (yang mungkin disebabkan oleh malaria, infeksi saluran pernapasan akut dan lainnya), dan satu dari tujuh anak balita menderita diare. Sebagian besar kematian akibat penyakit-penyakit ini dapat dicegah. Akan tetapi, untuk mencegah penyakit-penyakit ini, diperlukan pengetahuan, pengenalan tepat waktu, penanganan dan perubahan perilaku para ibu dan petugas kesehatan. Misalnya, SDKI 2007 menunjukkan bahwa hanya 61 persen anak balita yang menderita diare diobati dengan terapi rehidrasi oral.
- **Para ibu tidak menyadari pentingnya pemberian ASI.** SDKI 2007 menunjukkan bahwa kurang dari satu dari tiga bayi di bawah usia enam bulan diberi ASI eksklusif. Oleh karena itu, sebagian besar bayi di Indonesia tidak mendapatkan manfaat ASI terkait dengan gizi dan perlindungan terhadap penyakit.
- **Praktek-praktek sanitasi dan kebersihan yang buruk sangat umum.** Riskesdas 2010 menyatakan bahwa sekitar 49 persen rumah tangga di Indonesia

menggunakan cara-cara pembuangan kotoran yang tidak aman, dan 23 sampai 31 persen rumah tangga di dua kuintil termiskin masih melakukan praktek buang air besar di tempat-tempat terbuka. Praktek tersebut berhubungan dengan penyakit diare. Riskesdas 2007 menyatakan diare sebagai penyebab 31 persen kematian anak antara usia 1 bulan sampai satu tahun, dan 25 persen kematian anak antara usia satu sampai empat tahun.

- **Praktek pemberian makan bayi dan pelayanan lainnya yang buruk mengakibatkan gizi kurang pada ibu dan anak-anak, yang merupakan penyebab dasar kematian anak.** Satu dari setiap tiga anak bertubuh pendek (stunted), dan dalam kuintil yang lebih miskin, satu dari setiap empat sampai lima anak mengalami berat badan kurang. Secara nasional, enam persen anak-anak muda bertubuh sangat kurus (wasted), yang menempatkan mereka pada resiko kematian yang tinggi.

## Peluang untuk melakukan tindakan

**S**ecara keseluruhan, pengeluaran kesehatan di Indonesia perlu ditingkatkan, termasuk proporsi DAK untuk sektor kesehatan. Peningkatan pengeluaran kesehatan harus sejalan dengan penanganan hambatan keuangan dan hambatan lainnya yang menghalangi perempuan miskin untuk mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas.

**Diperlukan gambaran yang jelas antara tugas pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam pemberian pelayanan kesehatan.** Standar dan peraturan merupakan bagian dari fungsi pengawasan di tingkat pusat dan tidak boleh diserahkan kepada tingkat daerah.

**Pelayanan kesehatan ibu dan anak memerlukan pergeseran fokus pada kualitas,** termasuk persalinan di fasilitas kesehatan yang dilengkapi dengan pelayanan obstetrik neonatal emergensi dasar (PONED). Pergeseran pada kualitas tersebut memerlukan aksi di beberapa tingkat.

- **Pemerintah tingkat pusat harus mengembangkan dan melaksanakan standar dan pedoman kualitas pelayanan.** Diperlukan pengawasan ketat untuk memastikan implementasi standar oleh penyedia pelayanan kesehatan baik publik maupun swasta.
- **Pelayanan kesehatan swasta harus menjadi bagian dari kebijakan dan kerangka kesehatan pemerintah.** Upaya-upaya yang dilakukan saat ini

untuk meningkatkan standar kesehatan tidak secara proporsional menargetkan fasilitas pemerintah. Akan tetapi, persalinan yang berlangsung di fasilitas swasta tiga kali lebih banyak daripada di fasilitas pemerintah selama kurun waktu 1998-2007. Penyedia pelayanan kesehatan swasta dan fasilitas pelatihan telah menjadi bagian penting dari sistem kesehatan di Indonesia dan oleh karena itu harus menjadi bagian dari kebijakan kesehatan, standar dan sistem informasi pemerintah. Peraturan, pengawasan dan sertifikasi harus memastikan kepatuhan penyedia pelayanan swasta dengan standar dan sistem informasi pemerintah.

- **Perlu ditetapkan lebih banyak fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan PONEK** dan sistem rujukan harus diperkuat untuk mempromosikan penggunaan fasilitas-fasilitas ini secara tepat.
- **Langkah menuju peningkatan kualitas memerlukan sumber daya tambahan untuk mengembangkan dan memotivasi petugas kesehatan.** Kinerja petugas kesehatan sangat ditentukan baik oleh keterampilan maupun motivasi. Untuk mengembangkan keterampilan, tidak hanya diperlukan pelatihan yang lebih banyak, tetapi juga pengawasan fasilitatif manajemen kasus, dan bagi para profesional, penilaian sebaya, pengawasan berkala, dan peristiwa penting atau audit kematian. Sesi umpan balik, pemantauan dan pengawasan secara terus-menerus memainkan peran penting, tidak hanya dalam meningkatkan kualitas tetapi juga dalam memotivasi tim. Indonesia dapat mempertimbangkan untuk memberikan insentif kepada petugas kesehatan. Insentif ini dapat berbentuk non-uang (peningkatan tugas, kepemilikan, dan pengakuan profesi), uang (penambahan komponen berbasis kinerja pada gaji), atau kelembagaan dan berbasis tim (langkah-langkah seperti sistem akreditasi dan kompetisi terbuka).
- **Sistem informasi yang kuat merupakan salah satu komponen pelayanan kesehatan yang berkualitas.** Sistem informasi kesehatan di seluruh Indonesia tidak menunjukkan kinerja yang baik seperti yang mereka lakukan sebelum desentralisasi. Data administrasi tidak memadai di banyak kabupaten, sehingga tidak mungkin bagi tim kesehatan kabupaten untuk secara efektif merencanakan dan menentukan target intervensi. Tingkat pusat memerlukan data yang kuat untuk melaksanakan fungsi pengawasannya. Situasi tersebut mungkin memerlukan sentralisasi ulang dan penyesuaian fungsi-fungsi khusus yang berkaitan dengan sistem informasi kesehatan, khususnya yang berhubungan dengan proses, pelaporan dan standar.

**Di tingkat nasional, standar pelayanan minimal (SPM) yang ada perlu dikaji ulang dan dirumuskan kembali.**

Banyak kabupaten miskin menganggap bahwa standar yang ada sekarang ini tidak dapat dicapai. Standar tersebut harus mengakomodir kesenjangan yang luas dan dasar-dasar yang berbeda di Indonesia, misalnya, dengan merumuskan perkembangan terkait dengan kenaikan prosentase bukan tingkat yang tetap. Hal ini akan memungkinkan kabupaten-kabupaten untuk mengembangkan rencana aksi yang lebih realistis. Penetapan standar tertentu harus mempertimbangkan realitas geografis, kepadatan penduduk dan ketersediaan sumber daya manusia. Pemerintah harus mendukung kabupaten atau kota yang tidak memiliki infrastruktur untuk mencapai standar pelayanan minimal.

**Untuk mewujudkan manfaat desentralisasi secara penuh, tim kesehatan kabupaten memerlukan dukungan dari pemerintah pusat dan provinsi dalam perencanaan dan implementasi berbasis bukti.**

Desentralisasi meningkatkan potensi pemerintah daerah untuk merencanakan, menyusun anggaran dan melaksanakan program-program yang disesuaikan dengan kebutuhan daerah. Akan tetapi, hal ini akan tercapai hanya jika kapasitas daerah memadai. Pemerintah provinsi memerlukan sumber daya untuk membantu rencana kabupaten dan melaksanakan intervensi yang dapat meningkatkan kualitas dan cakupan.

**Program-program kesehatan preventif perlu dipromosikan dan dipercepat.**

Ini akan memerlukan promosi serangkaian pelayanan mulai dari masa remaja dan pra-kehamilan dan berlanjut sampai kehamilan, persalinan dan masa kanak-kanak. Intervensi harus meliputi intervensi nyata dan hemat biaya seperti manajemen kasus berbasis masyarakat tentang penyakit umum anak, promosi dan penyuluhan pemberian ASI, pemberian suplementasi asam folat pada tahap pra-kehamilan, terapi antelmintik ibu, suplementasi zat gizi mikro bagi ibu dan bayi, dan penggunaan kelambu nyamuk bagi ibu dan bayi. Untuk menghapus penularan HIV dari orang tua ke anak, diperlukan pengetesan dan konseling HIV yang diprakarsai oleh penyedia pelayanan bagi semua perempuan hamil sebagai bagian dari pelayanan antenatal secara tetap, tindak lanjut yang lebih kuat, dan pendidikan publik yang lebih baik.

## Sumber

Adair, T. (2004). 'Child Mortality in Indonesia's Mega-Urban Regions: Measurement, Analysis of Differentials, and Policy Implications.' 12th Biennial Conference of the Australian Population Association, 15-17 September 2004, Canberra.

BPS-Statistics Indonesia (2011): Susenas 2010: National Socio-Economic Survey. Jakarta: BPS

BPS-Statistics Indonesia and Macro International (2008): Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS 2007). Calverton, Maryland, USA: Macro International and Jakarta: BPS.

Lawn, J.E., Cousens, S., and Zupan, J. (2005): '4 million neonatal deaths: When? Where? Why?' *Lancet*, 365: 891-900

Ministry of Health (2000): Petunjuk pelaksanaan program imunisasi di Indonesia (Guidelines for the implementation of immunization program in Indonesia) Jakarta, Indonesia: Ministry of Health

Ministry of Health (2001a): National Strategic Plan for Making Pregnancy Safer (MPS) in Indonesia 2001-2010. Jakarta, Indonesia: Ministry of Health

Ministry of Health (2001b): Yang perlu diketahui petugas kesehatan tentang kesehatan reproduksi (What health service providers need to know about reproductive health) Jakarta, Indonesia: Ministry of Health

Ministry of Health (2008): Laporan Nasional: Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, Jakarta: Ministry of Health, National Institute of Health Research and Development.

Ministry of Health (2011): Laporan Nasional: Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010, Jakarta: Ministry of Health, National Institute of Health Research and Development.

Nguyen, K.H., Bauze, A.E., Jimenez-Soto, E. and Muhidin, S. (2011). Indonesia: developing an investment case for financing equitable progress towards MDGs 4 and 5 in the Asia-Pacific region: Equity Report. Brisbane, Australia: School of Population Health, the University of Queensland

SMERU (2008): The Specific Allocation Fund (DAK): Mechanisms and Uses. Jakarta: SMERU Research Institute

Supratikto, G, Wirth, M.E., Achadi, E., Cohen, S. and Ronsmans, C. (2002): 'A district-based audit of the causes and circumstances of maternal deaths in South Kalimantan, Indonesia.' *Bulletin of the World Health Organization*, 80(3):22834.

UNICEF, WHO and UNFPA (1997): Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. New York: UNICEF.

World Bank (2010): Indonesia Health Sector Review: Accelerating Improvement in Maternal Health: Why reform is needed. Policy and Discussion Notes, August 2010. Jakarta: World Bank

World Bank: World Development Indicators database. Available from: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> Accessed 7 August 2012.

<sup>1</sup> Daerah perkotaan sekitar Jakarta: Bekasi; dan Bogor dan Depok di Provinsi Jawa Barat; Tangerang dan Tangerang Selatan di provinsi Banten.