

**STUDI KEBUTUHAN SUMBERDAYA BIDAN DALAM
OPTIMALISASI PENCAPAIAN INDIKATOR
KINERJA ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB)**

TESIS



**Disusun Oleh:
ABDUL QORIB
NIM. 20402400625**

**PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

HALAMAN PERSETUJUAN

TESIS

STUDI KEBUTUHAN SUMBERDAYA BIDAN DALAM OPTIMALISASI PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB)

Disusun Oleh:
Abdul Qorib
NIM. 20402400625

Telah disetujui oleh pembimbing dan selanjutnya dapat diajukan dihadapan
sidang panitia ujian Tesis Program Studi Magister Manajemen

Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Semarang, 15 Agustus 2025

Pembimbing,



Dr. Lutfi Nuscholis, ST., SE., MM.

LEMBAR PENGESAHAN

STUDI KEBUTUHAN SUMBERDAYA BIDAN DALAM OPTIMALISASI PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB)

Disusun Oleh:
Abdul Qorib
NIM. 20402400625

Telah dipertahankan di depan penguji
Pada Tanggal 15 Agustus 2025

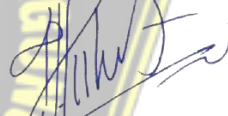
Susunan Dewan Penguji

Pembimbing



Dr. Lutfi Nuscholis, ST., SE., MM

Penguji I



Prof. Dr. Heru Sulisty, S.E., M.Si.

Penguji II



Prof. Dr. Ibnu Khajar, SE., M.Si.

Tesis ini telah memenuhi persyaratan sebagai pedoman pelaksanaan penelitian
penyusunan Tesis

Mengetahui
Ketua Program Pascasarjana



Prof. Dr. Ibnu Khajar, SE., M.Si.

PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Abdul Qorib
NIM : 20402400625
Program Studi : Magister
Manajemen Fakultas : Ekonomi
Universitas : Universitas Islam Sultan Agung

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Tesis yang berjudul Studi Kebutuhan Sumberdaya Bidan Dalam Optimalisasi Pencapaian Indikator Kinerja Angka KI, merupakan hasil karya peneliti sendiri dan tidak ada unsur plagiarsm dengan cara tidak sesuai etika atau tradisi keilmuan. Peneliti siap menerima sanksi apabila dikemudian hari ditemukan pelanggaran etika akademik dalam laporan penelitian ini.

Pembimbing



Dr. Lutfi Nuscholis, ST., SE., MM

Semarang, 15 Agustus 2025

Saya yang menyatakan



Abdul Qorib

**SURAT PERTANYAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Abdul Qorib
NIM	: 20402400625
Jenjang	: Magister (S2)
Program Studi	: Manajemen
Fakultas	: Ekonomi
Perguruan Tinggi	: Universitas Islam Sultan Agung

Dengan ini menyetujui untuk memberikan izin kepada pihak Universitas Islam Sultan Agung Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (non exclusive royalty free right) atas karya ilmiah kami yang berjudul “Studi Kebutuhan Sumberdaya Bidan Dalam Optimalisasi Pencapaian Indikator Kinerja Angka Kematian Bayi (AKB)”

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini pihak Universitas Islam Sultan Agung berhak menyimpan, mengalih-media atau formatkan, mengelolanya dalam pangkalan data (database), mendistribusikannya, dan menampilkannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademik tanpa perlu meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.

Saya bersedia mengakui secara pribadi, tanpa melibatkan pihak Universitas Islam Sultan Agung, terhadap semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Semarang
Pada tanggal: 15 Agustus 2025
Yang Menyatakan,



Abdul Qorib

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua, dan tak lupa pula kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas izin Allah SWT, penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul “Studi Kebutuhan Sumberdaya Bidan Dalam Optimalisasi Pencapaian Indikator Kinerja Angka Kematian Bayi (AKB)”. Dalam penyelesaian Tesis ini tidak lepas dari bimbingan, bantuan dan arahan dari berbagai pihak yang mendukung, terutama Dosen pembimbing. Untuk itu saya ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Lutfi Nuscholis, ST., SE., MM., selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan segenap waktu dan pemikiran untuk membantu, mengarahkan dan memberikan motivasi, serta nasehat yang sangat bermanfaat kepada saya sehingga penelitian Tesis ini dapat tersusun dengan baik.
2. Bapak Prof. Dr. H. Heru Sulistyono, SE, M.Si., selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Prof. Dr. Ibnu Khajar, S.E., M.Si., selaku Ketua Program Studi Magister Manajemen serta Ibu Siti Sumiati selaku Sekretaris Program Studi Magister Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Islam Sultan Agung yang telah memberikan dukungan dan arahan kepada saya atas penyelesaian penelitian ini.
4. Seluruh Dosen Fakultas Ekonomi program studi Magister Manajemen Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan seluruh ilmu kepada saya selama masa perkuliahan berlangsung.
5. Seluruh staff Fakultas Program Study Magister Manajemen Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan pelayanan terbaik
6. Kepada istri, anak dan keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan baik doa maupun motivasi.
7. Seluruh teman seperjuangan kelas MM 80F dan sahabat-sahabat saya yang tidak dapat disebutkan, penulis mengucapkan terima kasih telah memberikan dukungan sehingga penulis mampu menyelesaikan Tesis ini.

Peneliti menyampaikan permohonan maaf apabila dalam pembuatan Tesis ini masih terdapat banyak kekurangan serta jauh dari kata sempurna karena keterbatasan kemampuan dan pengetahuan penulis. Semoga Tesis ini dapat memberikan manfaat.

Semarang, 15 Agustus 2025

Penulis



Abdul Qorib

NIM. 20402400625

ABSTRAK

STUDI KEBUTUHAN SUMBER DAYA BIDAN DALAM OPTIMALISASI PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB)

Latar Belakang; Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator utama dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Dalam beberapa tahun terakhir, terjadi peningkatan AKB yang mengkhawatirkan, disertai dengan distribusi tenaga bidan yang tidak merata di berbagai wilayah, termasuk Kabupaten Jepara. Kondisi ini menimbulkan tantangan serius dalam penyediaan layanan neonatal dan maternal yang berkualitas.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebutuhan sumber daya bidan dalam upaya optimalisasi pencapaian indikator AKB di Kabupaten Jepara.

Metode: penelitian kualitatif diskriptif dengan pengumpulan data melalui wawancara kepada bidan, kepala puskesmas, direktur RS dan coordinator KIA dinas Kesehatan. Lokasi penelitian di Wilayah Kabupaten Jepara. Data dianalisis dengan teknik reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

Hasil; Penelitian menunjukkan adanya kekuatan seperti ketersediaan SOP pelayanan neonatal, kolaborasi antarprofesi, pemanfaatan sistem digital (SIMPUS, e-Kinerja), serta pelatihan rutin. Namun demikian, ditemukan kelemahan berupa jumlah bidan yang belum mencukupi, maldistribusi SDM, keterbatasan alat emergensi neonatal, dan belum optimalnya implementasi SOP serta audit kematian neonatal. Peluang strategis meliputi dukungan kebijakan pusat (DAK, CPNS/P3K), kolaborasi dengan institusi pendidikan dan organisasi profesi, serta inovasi layanan digital. Ancaman eksternal mencakup ketergantungan pada anggaran pusat, beban kerja tinggi, dan keterlambatan sistem rujukan. Hasil analisis IFAS menunjukkan skor +0,70, yang menandakan kekuatan internal masih dominan dibandingkan kelemahan, sementara EFAS mencatat peluang eksternal yang dapat dioptimalkan dalam strategi penurunan AKB.

Kesimpulan; Penelitian ini menekankan pentingnya pemerataan distribusi bidan, pelatihan berkelanjutan, dan penguatan kebijakan serta pemanfaatan teknologi digital. Pendekatan kolaboratif dan multifaset antar pemangku kepentingan menjadi kunci dalam menyediakan layanan neonatal yang merata, responsif, dan berkualitas di seluruh wilayah Kabupaten Jepara.

Kata Kunci: Angka Kematian Bayi, sumber daya bidan, SWOT, pelayanan neonatal.

ABSTRACT

A STUDY ON MIDWIFE RESOURCE NEEDS IN OPTIMIZING THE PERFORMANCE INDICATORS OF INFANT MORTALITY RATE (IMR)

Background: Infant Mortality Rate (IMR) is one of the key indicators for assessing the quality of maternal and child health services. In recent years, there has been a concerning increase in Infant Mortality Rate (IMR), accompanied by the uneven distribution of midwives across regions, including Jepara Regency. This situation poses serious challenges in providing quality neonatal and maternal health services.

Objective: This study aims to analyze the resource needs of midwives to optimize the achievement of IMR performance indicators in Jepara Regency.

Method: This is a descriptive qualitative study using data collected through in-depth interviews with midwives, heads of community health centers (puskesmas), hospital directors, and the maternal and child health (MCH) coordinator of the local Health Office. The research was conducted in Jepara Regency. Data were analyzed using data reduction, data display, and conclusion drawing techniques.

Results: The study identified several strengths, including the availability of neonatal care Standard Operating Procedures (SOPs), interprofessional collaboration, the use of digital systems (SIMPUS, e-Kinerja), and routine training in healthcare facilities. However, weaknesses were also noted, such as the insufficient number of midwives, unequal distribution of human resources, limited emergency neonatal equipment, and suboptimal implementation of SOPs and neonatal death audits. Strategic opportunities include national policy support (Special Allocation Fund, civil servant/contract recruitment), collaboration with educational institutions and professional organizations, and digital service innovations. External threats include reliance on central government funding, high workloads, and referral system delays. The Internal Factor Analysis Summary (IFAS) showed a score of +0.70, indicating internal strengths outweigh weaknesses, while the External Factor Analysis Summary (EFAS) revealed external opportunities that can be leveraged to develop sustainable strategies for IMR reduction.

Conclusion: This study highlights the importance of equitable distribution of midwives, continuous training, policy strengthening, and the utilization of digital technology. A collaborative and multifaceted approach involving all stakeholders is key to delivering responsive, high-quality, and equitable neonatal care services throughout Jepara Regency.

Keywords: Infant Mortality Rate, midwife resources, SWOT, neonatal care.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Ruang Lingkup	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kajian Teori	8
2.2 Kerangka Pikir	34
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis Penelitian	36
3.2 Desain Penelitian	36
3.3 Fokus Penelitian	36
3.4 Data dan Sumber Data Penelitian	37
3.5 Teknik Pengumpulan Data	38
3.6 Teknik Keabsahan Data	39
3.7 Teknik Analisis Data	40

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Kondisi Sumber Daya Bidan di Kabupaten Jepara dalam mendukung Pencapaian Indikator Kinerja AKB	44
4.2 Faktor yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Bidan Dalam Upaya Menurunkan AKB	59
4.3 Strategi Perencanaan, Distribusi, Dan Penguatan Sumber Daya Bidan Secara Efektif dan Berkelanjutan	60

BAB V PEMBAHASAN

5.1 Kondisi Sumber Daya Bidan di Kabupaten Jepara dalam mendukung Pencapaian Indikator Kinerja AKB	62
5.2 Faktor yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Bidan Dalam Upaya Menurunkan AKB	64
5.3 Strategi Perencanaan, Distribusi, Dan Penguatan Sumber Daya Bidan Secara Efektif dan Berkelanjutan	68

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan	73
6.2 Saran	74

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Matrik Analisis SWOT	34
Tabel 5.1	Matrik <i>Internal Factor Analysis Summary</i> (IFAS)	64
Tabel 5.2	Matrik <i>Eksternal Factor Analysis Summary</i> (EFAS)	67
Tabel 5.3	Strategi Berdasarkan Matriks SWOT	68



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Sistem Pelayanan Rumah Sakit	29
Gambar 2.2 Kerangka Teori Donabedian	30
Gambar 2.3 Model Proses dalam Sistem Pelayanan	32
Gambar 2.5 Kerangka Berpikir	35



DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
IMR	: <i>Infant Mortality Rate</i>
IUGR	: <i>Intra Uterine Growth Retardation</i>
Kemenkes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KEK	: Kurang Energi Kronis
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
RS	: Rumah Sakit
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDM	: Sumber Daya Manusia
SIMRS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SWOT	: <i>Strengths, weaknesses, opportunities, threats</i>
UNICEF	: The United Nations Children's Fund
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator utama yang digunakan secara global untuk menilai tingkat kesehatan masyarakat, kualitas sistem pelayanan kesehatan, serta efektivitas intervensi kesehatan ibu dan anak di suatu negara atau wilayah. Di Indonesia, penurunan AKB telah menjadi prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, serta menjadi salah satu indikator utama dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di tingkat kabupaten/kota (Budiyanti et al., 2021). Meskipun berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya, AKB di beberapa daerah masih berada pada angka yang mengkhawatirkan. Tantangan utama dalam pembangunan sektor kesehatan dewasa ini tercermin dari masih tingginya indikator kematian, khususnya kematian neonatal, bayi, dan balita (Willcox et al., 2020).

Indikator Angka Kematian Bayi menjadi tolok ukur penting dalam mengevaluasi mutu layanan kesehatan bagi ibu dan anak. Meskipun angka kematian neonatal secara global telah mengalami penurunan sebesar 44% sejak tahun 2000, data tahun 2022 menunjukkan bahwa 47% dari total angka kematian bayi masih terjadi pada masa neonatal, yaitu dalam 28 hari pertama kehidupan (WHO, 2024). Dalam kurun waktu tiga tahun terakhir (2022–2024), angka kematian bayi (AKB) secara global berada pada kisaran 17,9–17,26%. Wilayah Afrika Sub-Sahara mencatat AKB tertinggi, yakni antara 27,6% hingga 26,7%. Di kawasan lain, seperti Amerika Latin, AKB tercatat antara 9,4%–9,0%; Asia Tengah 9,8%–9,3%; dan Asia Tenggara 12,3%–11,8%. Beberapa negara yang termasuk dalam wilayah Asia Tenggara meliputi Myanmar, Laos, Kamboja, Filipina, serta Indonesia (UNICEF, 2024).

Di Indonesia, angka kematian bayi selama periode yang sama menunjukkan tren penurunan, dari 16,85% pada tahun 2022 menjadi 12,8% pada

tahun 2023 (BPS, 2024). Namun, di Provinsi Jawa Tengah, data menunjukkan fluktuasi, yaitu sebesar 7,78% pada tahun 2021, turun menjadi 7,02% pada 2022, namun kembali meningkat menjadi 8,027% pada tahun 2023 (Kemenkes RI, 2024). Kematian Bayi di Jepara tahun 2023 tercatat sebanyak 4,08% dan meningkat menjadi 4,49% pada tahun 2024 (Dinkes Jepara, 2025). Kematian bayi dalam suatu wilayah di Indonesia diidentifikasi dari jenis pelayanan yaitu pelayanan optimal 57,14%, belum optimal 42,86%. pelaporan optimal 28,57%, belum optimal. Review optimal 14,29%, belum optimal 85,71%. Respon optimal 28,57%, belum optimal 71,43% (Ambarwati et al., 2023).

Tingginya angka kematian bayi berdampak terhadap pembangunan bangsa serta menggambarkan tingkat pelayanan yang kurang. Tingginya angka kematian bayi bukan hanya masalah kesehatan, tetapi juga memiliki dampak luas pembangunan negara secara keseluruhan. Target penurunan AKB adalah dibawah 16/1.000 kelahiran hidup. Pengendalian secara komprehensif memiliki dampak besar dalam menurunkan angka kematian bayi. (Kemenkes RI, 2022). Penurunan kematian bayi bergantung pada penanganan kesehatan ibu selama masa kehamilan, menjelang, saat sampai setelah persalinan (WHO 2022). Evaluasi program pelaporan dari faskes di Indonesia tercatat 28% kategori rumah sakit belum melapor kejadian kematian ibu dan 13% belum melapor kejadian kematian bayi (*zero reporting*). Kategori Puskesmas 59% belum melapor kejadian kematian ibu dan 22 % (2.320) belum melapor kejadian kematian bayi (termasuk *zero reporting*) (Kemenkes RI, 2023).

Upaya menurunkan angka kematian bayi memerlukan penguatan SDM kesehatan, ketersediaan sarana dan sediaan farmasi, serta optimalisasi program KIA dan pemberdayaan masyarakat (Ikawati & Ramadhan, 2024). Penelitian menyebutkan bahwa pelayanan KIA belum optimal disebabkan oleh kompetensi SDM yang rendah, minimnya dukungan keluarga, lemahnya sistem pencatatan dan pelaporan, serta kurangnya promosi Kesehatan (Ningsih et al., 2022). Penelitian lain disebutkan bahwa peran bidan menjadi kunci dalam penurunan AKB, yang memerlukan pemerataan distribusi tenaga bidan serta pengembangan profesionalisme untuk menghadapi tantangan global dan

perubahan kebijakan (Paunno, 2021). Pemetaan sebaran bidan penting untuk mengidentifikasi daerah kekurangan tenaga, terutama di wilayah terpencil, guna menjamin akses pelayanan kebidanan berkualitas dan merata (Yuningsih, 2022). Kebutuhan masyarakat yang meningkat, tuntutan hukum, dan dinamika kebijakan menuntut pelayanan bidan yang lebih responsif dan adaptif (Triana, 2021).

Bidan memiliki peran sentral dalam memberikan pelayanan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga perawatan bayi baru lahir. Oleh karena itu, kualitas, kuantitas, distribusi, dan kompetensi bidan sangat menentukan keberhasilan pencapaian indikator kinerja AKI (Angka Kematian Ibu dan Bayi) (Mahadewa et al., 2021). Permasalahan mendasar yang sering dihadapi oleh daerah dalam pencapaian indikator AKB adalah ketimpangan antara kebutuhan dan ketersediaan sumber daya bidan (Pamungkas & Anggraeni, 2022). Kebutuhan akan pendekatan berbasis bukti dalam merumuskan kebijakan perencanaan sumber daya manusia kesehatan menjadi semakin mendesak. Ketidakseimbangan antara kebutuhan dan ketersediaan bidan masih menjadi masalah, baik dari sisi jumlah, distribusi, maupun dukungan sarana dan pelatihan (Duhita et al., 2023). Faktor pemenuhan kebutuhan sumber daya Kesehatan seperti bidan dipengaruhi faktor internal seperti rencana strategis dan anggaran, sedangkan faktor eksternal yaitu kebijakan, pasar tenaga kerja dan peraturan perundang-undangan (Baskara & Indrawati, 2022).

Hasil survey di Dinas Kabupaten Jepara didapatkan jumlah sumber daya bidan tercatat tahun 2024 sebanyak 464 orang yang tersebar di seluruh Rumah Sakit Umum Daerah dan Puskesmas di seluruh wilayah Kabupaten Jepara. Meskipun jumlah bidan pada tahun 2024 cukup tinggi, akan tetapi distribusi mereka belum merata di seluruh wilayah Kabupaten Jepara. Beberapa kecamatan, terutama yang berada di daerah terpencil atau dengan aksesibilitas terbatas, mengalami kekurangan tenaga bidan. Hal ini menyebabkan keterlambatan dalam penanganan kasus *maternal* dan *neonatal* serta kurangnya akses pelayanan kesehatan ibu dan anak yang berkualitas. Studi kebutuhan

sumber daya bidan menjadi penting untuk mengidentifikasi kesenjangan antara kondisi ideal dan kondisi riil di lapangan. Langkah ini juga akan membantu pengambil kebijakan di tingkat daerah dalam merumuskan strategi redistribusi, rekrutmen, pelatihan, dan penguatan sistem dukungan bagi bidan, agar pelayanan kesehatan ibu dan anak dapat berjalan optimal dan terintegrasi.

Di sisi lain, belum banyak penelitian yang secara khusus mengkaji kebutuhan sumber daya bidan dalam konteks pencapaian indikator kinerja AKB di tingkat kabupaten/kota. Sebagian besar studi masih bersifat makro dan belum menyentuh pada persoalan teknis serta konteks lokal yang unik. Padahal, setiap daerah memiliki karakteristik geografis, sosial, budaya, dan kapasitas tata kelola yang berbeda, sehingga kebijakan sumber daya bidan yang efektif harus berbasis pada data dan analisis yang kontekstual. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis termotivasi untuk melakukan penelitian dengan judul Studi Kebutuhan Sumberdaya Bidan dalam Capaian Indikator Kinerja AKB.

1.2 Perumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini berangkat dari kenyataan bahwa meskipun berbagai program intervensi telah dilaksanakan oleh pemerintah dalam upaya menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB), masih terdapat beberapa wilayah di Indonesia, termasuk Kabupaten Jepara, yang mengalami tantangan serius dalam pencapaian indikator tersebut. Salah satu faktor krusial yang memengaruhi keberhasilan pencapaian indikator kinerja AKB adalah ketersediaan dan distribusi sumber daya bidan. Namun, hingga kini belum terdapat data dan analisis yang memadai terkait kebutuhan riil sumber daya bidan dalam mendukung pelayanan kesehatan ibu dan anak secara optimal. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk merumuskan permasalahan mengenai bagaimana kondisi aktual distribusi dan jumlah tenaga bidan yang tersedia, apa saja faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan sumber daya bidan, serta sejauh mana kesenjangan antara kebutuhan ideal dan kondisi di lapangan. Selain itu, penelitian ini juga berupaya untuk mengidentifikasi strategi yang dapat diambil oleh pemerintah daerah dalam merumuskan kebijakan penguatan

sumber daya bidan guna mendukung percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi secara efektif dan berkelanjutan.

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan sebelumnya, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah;

1. Bagaimana jumlah sumber daya bidan di Jepara dalam mendukung pencapaian indikator kinerja AKB?
2. Apa saja faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan sumber daya bidan dalam upaya pencapaian indikator kinerja AKB di Kabupaten Jepara?
3. Strategi apa untuk mengoptimalkan perencanaan, distribusi, dan penguatan sumber daya bidan dalam rangka menurunkan AKB?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis studi kebutuhan sumberdaya bidan dalam capaian indikator kinerja AKB.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis sumber daya bidan di Kabupaten Jepara dalam mendukung pencapaian indikator kinerja AKB.
- b. Mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan sumber daya bidan dalam upaya menurunkan AKB.
- c. Mengidentifikasi strategi perencanaan, distribusi, dan penguatan sumber daya bidan secara efektif dan berkelanjutan.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini memberikan wawasan dan pengalaman langsung dalam mengkaji kebutuhan sumber daya manusia kesehatan, khususnya bidan, serta memperluas pemahaman mengenai implementasi kebijakan kesehatan maternal dan neonatal di tingkat daerah.

2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar dalam perumusan kebijakan dan perencanaan kebutuhan sumber daya bidan yang lebih akurat, efisien, dan berbasis data lokal. Temuan penelitian ini juga dapat membantu Dinas dalam mengevaluasi dan menyusun strategi redistribusi tenaga bidan yang sesuai dengan kebutuhan wilayah.

3. Bagi Profesi Bidan

Penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan dalam pengembangan kapasitas, pelatihan, dan perencanaan karier bidan agar lebih adaptif terhadap kebutuhan masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan yang terus berkembang.

4. Bagi Masyarakat

Penelitian ini berkontribusi pada peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Jepara melalui distribusi bidan yang lebih merata dan pelayanan yang lebih profesional.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi referensi awal dan pijakan untuk studi lanjutan terkait kebutuhan SDM kesehatan di daerah lain, khususnya dalam konteks pencapaian indikator kinerja AKB, serta membuka peluang kajian lebih dalam terhadap kebijakan SDM kesehatan yang kontekstual dan berbasis bukti.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

1. Lingkup Variabel

Variabel penelitian ini adalah Kebutuhan Sumberdaya Bidan dalam Capaian Indikator Kinerja AKB.

2. Lingkup Subyek

Profesi bidan di Puskesmas Kabupaten Jepara, kepala Puskesmas, direktur rumah sakit dan Kepala Dinas Kabupaten Jepara.

3. Lingkup Ruang Dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kabupaten Jepara pada Tahun 2025.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Teori

1. Angka Kematian Bayi (AKB)

a. Definisi

Pengertian kematian bayi adalah kematian yang terjadi pada bayi sejak lahir hingga usia kurang dari 1 tahun (0–11 bulan). Dalam konteks kesehatan masyarakat, kematian bayi sering dibagi menjadi dua kategori, yaitu kematian neonatal yang merujuk pada kematian yang terjadi pada usia 0–28 hari. Kematian pascaneonatal yang berarti kematian yang terjadi pada usia 29 hari hingga kurang dari 1 tahun (Kemenkes RI, 2023). Pendapat lain disebutkan bahwa kematian bayi merupakan kematian yang terjadi pada anak mulai dari saat lahir hidup hingga sebelum berusia 12 bulan. Indikator ini dikenal dengan istilah Angka Kematian Bayi (AKB), yang dihitung berdasarkan jumlah kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup dalam satu tahun (Kemenkes RI, 2022).

WHO mendefinisikan kematian bayi (*infant mortality*) sebagai kematian yang terjadi pada anak sebelum mencapai usia satu tahun. WHO menggunakan angka kematian bayi sebagai salah satu indikator utama untuk menilai tingkat kesehatan dan kesejahteraan suatu populasi (World Health Organization (WHO), 2022). Kematian bayi adalah peristiwa meninggalnya seorang bayi sejak saat kelahiran hingga sebelum mencapai usia satu tahun. Peristiwa ini merupakan salah satu indikator penting dalam menilai derajat kesehatan masyarakat, karena mencerminkan tingkat kesejahteraan, kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta kondisi sosial ekonomi suatu wilayah (Arlenti, 2021).

Kematian bayi dikategorikan sebagai kematian sejak usia 0 sampai kurang dari 1 tahun (Manuaba, 2019). Pendapat lain disebutkan bahwa kematian bayi merupakan salah satu indikator yang mencerminkan kualitas pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Tingginya angka

kematian bayi menunjukkan masih lemahnya sistem pelayanan kesehatan, terutama di tingkat dasar (Wiknjosastro, 2020). Kematian bayi adalah kematian yang terjadi pada bayi yang belum mencapai usia satu tahun (0–11 bulan). Kematian bayi adalah masalah kesehatan masyarakat yang kompleks dan multidimensional, dipengaruhi oleh faktor medis, sosial, ekonomi, dan sistem pelayanan kesehatan. Pencegahan dan penanggulangannya memerlukan pendekatan holistik dan berkelanjutan (Munthe, 2020).

b. Batasan Kematian Bayi

Mortalitas adalah ukuran jumlah kematian (umumnya disebabkan oleh hal spesifik) pada suatu populasi, skala besar suatu populasi, per dikali satuan (Kemenkes RI, 2018). Kematian perinatal dibagi dua kategori utama, yaitu;

- 1) Kematian Janin (*Stillbirth*). Kematian bayi dalam rahim setelah usia kehamilan 28 minggu atau lebih, sebelum kelahiran.
- 2) Kematian Neonatal Awal. Kematian bayi yang terjadi dalam 7 hari pertama kehidupan.

WHO membatasi kematian bayi (*infant mortality*) sebagai kematian yang terjadi pada anak yang belum mencapai usia 1 tahun, yaitu sejak lahir hingga 11 bulan 29 hari. WHO juga membaginya menjadi dua kategori (World Health Organization (WHO), 2022):

- 1) Kematian neonatal: 0–28 hari
- 2) Kematian pascaneonatal: 29 hari–11 bulan (Sudarti, 2020).

Batasan mortalitas perinatal mencakup beberapa kondisi sebagai berikut;

- 1) Lahir Mati. Lahirnya hasil konsepsi dari rahim seorang ibu secara lengkap tanpa memandang lamanya kehamilan dan setelah pelepasan itu terjadi, hasil konsepsi bernafas dan mempunyai tanda-tanda kehidupan lainnya, seperti denyut jantung, detak tali pusat, atau gerakan-gerakan otot, tanpa memandang apakah tali pusat sudah dipotong atau belum.

- 2) Kematian yaitu kondisi hilangnya seluruh tanda-tanda kehidupan secara permanen, yang dapat terjadi kapan saja setelah seseorang mengalami kelahiran hidup
- 3) Mortalitas bayi di dalam rahim (*intra uterin*) yang meliputi;
 - a) *Abortus*, kematian janin menjelang dan sampai 16 minggu.
 - b) *Immatur*, kematian janin antara umur kandungan di atas 16 minggu sampai pada umur kandungan 28 minggu.
 - c) *Prematur*, kematian janin di dalam kandungan pada umur di atas 28 minggu sampai waktu lahir.
- 4) Kematian bayi di luar rahim (*extra uterin*) yang meliputi;
 - a) Lahir mati (*still birth*), kematian bayi yang cukup masanya pada waktu keluar dari rahim, tidak ada tanda-tanda kehidupan.
 - b) Kematian bayi baru lahir (*neo natal death*) adalah kematian bayi sebelum berumur satu bulan.
 - c) Kematian lepas baru lahir (*post neo natal death*) adalah kematian bayi setelah berumur satu bulan tetapi kurang dari satu tahun.
 - d) Kematian bayi (*infant mortality*), kematian setelah bayi lahir hidup hingga berumur kurang dari satu tahun.

Perinatal adalah merujuk pada periode waktu yang mencakup sekitar waktu kelahiran, yaitu antara minggu ke-22 kehamilan hingga 7 hari pertama kehidupan bayi (neonatal). Dalam beberapa definisi, periode perinatal bisa mencakup hingga usia 28 hari pertama kehidupan (Djasri et al., 2021). Periode ini penting karena merupakan waktu kritis bagi kesehatan ibu dan bayi (The United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021). Sedangkan Batasan *neonatal* mengacu pada periode 28 hari pertama kehidupan bayi setelah kelahiran. Ini adalah waktu yang sangat rentan, di mana bayi sangat bergantung pada perawatan medis yang tepat dan perawatan ibu untuk bertahan hidup dan berkembang. Periode 28 hari pertama kehidupan bayi, yang terbagi menjadi neonatal awal (*early neonatal*), yaitu hari pertama hingga hari ke-7 kehidupan dan neonatal

akhir (*late neonatal*), yaitu hari ke-8 hingga hari ke-28 kehidupan (World Health Organization (WHO), 2024).

Periode ini mencakup banyak kejadian penting dalam proses kelahiran, termasuk kelahiran prematur, kelahiran dengan komplikasi, dan masalah kesehatan pada bayi yang baru lahir. Kematian pada periode ini seringkali dipengaruhi oleh kondisi kesehatan ibu selama kehamilan dan perawatan medis yang tersedia saat kelahiran (Kemenkes RI, 2022). Konsep perinatal mencakup periode kritis yang melibatkan kesehatan ibu dan bayi sejak kehamilan lanjut hingga beberapa hari pertama kehidupan bayi. Pemahaman tentang periode ini sangat penting untuk upaya pencegahan kematian bayi dan meningkatkan kesehatan ibu serta anak secara keseluruhan. Memahami konsep perinatal memungkinkan kebijakan kesehatan dan program untuk lebih fokus pada pencegahan masalah kesehatan pada periode kritis ini, seperti upaya untuk mengurangi kematian neonatal dan perinatal (Dube et al., 2024).

c. Faktor Penyebab

Faktor penentu kematian bayi diantaranya faktor usia, paritas, pendidikan, faktor bayi yaitu IUFD, BBLR, Kelainan kongenital, premature dan asfiksia. Beberapa penelitian berhasil membuktikan bahwa faktor-faktor determinan tersebut memberikan hasil yang berarti terhadap kejadian kematian perinatal. Oleh karenanya faktor penentu dapat diantisipasi melalui program AMP-SR dan buku KIA secara maksimal baik bersifat pribadi maupun secara kelompok (Idhayanti et al., 2023).

Berikut ini adalah beberapa penyebab kematian bayi yang sering dijumpai, sebagaimana dilengkapi dan dijabarkan dari pernyataan (Prawiharjo, 2020);

1) Asfiksia Neonatorum

Asfiksia adalah kondisi di mana bayi mengalami kekurangan oksigen pada saat lahir. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan organ vital, terutama otak, dan menjadi salah satu penyebab utama kematian neonatal. Penyebab secara umum dikarenakan adanya gangguan

pertukaran gas atau pengangkutan oksigen dari ibu ke janin, pada masa kehamilan persalinan atau segera setelah lahir (Cunningham, 2021).

2) Berat Badan Lahir Rendah

Bayi dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi, seperti hipotermia, hipoglikemia, dan infeksi. BBLR biasanya berkaitan dengan kelahiran prematur atau gangguan pertumbuhan intrauterine (Mochtar, 2020). Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi karena bayi dengan kondisi ini memiliki sistem organ yang belum berkembang secara optimal, sehingga sangat rentan terhadap berbagai komplikasi medis. Kondisi fisik dan fisiologis bayi BBLR sangat rapuh, mereka memerlukan penanganan khusus dan intensif. Tanpa perawatan yang memadai, bayi dengan BBLR berisiko tinggi mengalami komplikasi serius yang dapat berujung pada kematian (Varney, 2021).

3) Trauma lahir

Trauma lahir adalah cedera fisik yang dialami bayi selama proses persalinan, baik akibat tekanan, tarikan, atau penggunaan alat bantu seperti vakum dan forsep. Trauma ini dapat terjadi karena persalinan lama, panggul sempit, atau kelahiran sungsang. Trauma dapat menyebabkan perdarahan intrakranial (pendarahan di otak): Dapat menyebabkan kerusakan otak berat dan kematian jika tidak segera ditangani. Fraktur (patah tulang) atau cedera saraf: Misalnya fraktur tengkorak atau cedera pada pleksus brakialis, bisa mengganggu fungsi vital. Asfiksia akibat trauma: Cedera saat lahir bisa menyebabkan bayi kekurangan oksigen, berujung pada kegagalan organ vital (Wiknjosastro, 2020).

4) Kejang Neonatal

Kejang neonatal adalah aktivitas listrik otak yang abnormal pada bayi baru lahir, yang menandakan adanya gangguan fungsi otak. Kejang bisa berupa gerakan tersentak, kaku, atau bahkan tidak terlihat jelas tapi terdeteksi melalui pemeriksaan EEG (Wiknjosastro, 2020).

5) Hiperbilirubinemia

Hiperbilirubinemia adalah kondisi di mana kadar bilirubin dalam darah bayi baru lahir meningkat secara abnormal, yang biasanya ditandai dengan kulit dan bagian putih mata menguning (ikterus). Pada sebagian besar kasus, hiperbilirubinemia bersifat ringan dan dapat sembuh dengan sendirinya. Namun, jika tidak ditangani dengan tepat, hiperbilirubinemia berat dapat menyebabkan komplikasi serius bahkan kematian. Hiperbilirubinemia berat dapat menyebabkan kematian bayi karena komplikasi neurologis seperti kernikterus, gangguan pernapasan, dan kegagalan organ. Oleh karena itu, deteksi dini dan penanganan tepat seperti fototerapi atau transfusi tukar, sangat penting untuk mencegah dampak fatal pada bayi baru lahir. Edukasi kepada orang tua dan tenaga kesehatan juga memegang peranan penting dalam mencegah kematian akibat kondisi ini (Prawiharjo, 2020).

- 6) Tetanus neonatorum, merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan bakteri *C. titani* yang masuk melalui luka pada tali pusat bayi baru lahir terjadi pada usia < 28 hari karena tindakan tidak steril (Varney, 2021).
- 7) Rejatan syok adalah kegagalan sirkulasi darah perifer akibat gangguan sistem pengaturan sirkulasi darah atau cairan tubuh. Hal ini menyebabkan kurangnya aliran darah dan oksigen ke organ vital seperti otak, jantung, dan ginjal. Syok menyebabkan hipoksia jaringan (kekurangan oksigen). Bila tidak segera ditangani, akan terjadi kerusakan organ vital, yang berujung pada gagal multi organ dan kematian. Bayi sangat rentan karena sistem sirkulasi mereka belum matang (Varney, 2021).
- 8) Kelainan kongenital adalah penyimpangan bentuk atau fungsi organ tubuh yang terjadi sejak janin dalam kandungan, akibat kelainan genetik, infeksi ibu saat hamil, atau paparan zat teratogenik. Kelainan berat seperti kelainan jantung bawaan, anensefali, atresia saluran cerna, atau gangguan pernapasan tidak kompatibel dengan kehidupan. Banyak bayi dengan cacat bawaan mengalami kegagalan sistem organ, sulit

makan, bernapas, atau bertahan hidup. Sebagian besar membutuhkan intervensi bedah atau perawatan intensif sejak lahir, jika tidak tersedia, risikonya sangat tinggi (Varney, 2021).

- 9) Bayi Prematur. Prematur adalah bayi yang lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu. Semakin dini kelahiran, semakin belum matang organ tubuhnya. Paru-paru bayi prematur belum matang dapat menyebabkan gagal napas (RDS). Premature juga rentan terhadap infeksi, hipoglikemia, dan hipotermia. Sistem kekebalan dan fungsi metabolik belum sempurna. Perlu perawatan intensif neonatal (NICU); jika tidak tersedia, risiko kematian meningkat.
- 10) Infeksi neonatal adalah infeksi yang menyerang bayi baru lahir, seperti sepsis, pneumonia, meningitis, dan infeksi tali pusat (omfalitis). Sistem imun bayi sangat lemah, terutama jika prematur atau BBLR. Infeksi dapat menyebar dengan cepat dan menyebabkan keracunan darah (sepsis) atau infeksi otak. Gejalanya sering tidak khas, sehingga keterlambatan diagnosis berisiko fatal. Infeksi sering diperparah oleh perawatan yang tidak steril atau lingkungan rumah sakit yang tidak higienis (UNICEF, 2021).

d. Faktor Resiko Penyebab Kematian Bayi

Menurut Wiknjastro (2018) kondisi sebagai penyebab risiko kematian bayi antara lain;

1) Faktor Maternal

a) Umur Ibu

Umur ibu merupakan faktor yang berpengaruh terhadap hasil akhir suatu kehamilan. Hubungan antara umur ibu dengan kematian perinatal merupakan suatu kurve berbentuk U, yaitu kematian perinatal tinggi pada usia ibu < 20 tahun dan cenderung menurun pada umur ibu 21-34 tahun. Kemudian kematian perinatal meningkat pada umur ibu diatas 35 tahun (Adeyani et al., 2019). Ibu yang hamil pada usia di bawah 20 tahun umumnya belum memiliki kematangan yang cukup untuk menghadapi kehidupan, sehingga belum siap

secara fisik maupun mental dalam menjalani kehamilan dan persalinan. Pada usia ini, perkembangan rahim dan panggul belum optimal, sehingga berisiko tinggi mengalami kesulitan saat melahirkan serta komplikasi seperti preeklampsia atau gangguan kehamilan lainnya karena ketidaksiapan dalam menerima peran sebagai orang tua. Sebaliknya, kehamilan pada usia di atas 35 tahun juga memiliki risiko karena kondisi fisik ibu yang sudah tidak seprima saat usia reproduktif ideal, sehingga tubuh kurang optimal dalam mendukung kehamilan dan proses persalinan (Ibrahim & Ridwan, 2022).

b) Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang pernah dialami oleh seorang ibu, dan secara umum dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu primipara (paritas 0–1), multipara (paritas 2–5), dan grande multipara (paritas lebih dari 5) (Ibrahim & Ridwan, 2022). Kehamilan yang paling optimal biasanya terjadi pada kehamilan kedua hingga keempat, karena kehamilan pertama dan setelah kehamilan keempat cenderung memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi. Oleh karena itu, persalinan yang paling aman umumnya terjadi pada kehamilan kedua dan ketiga. Istilah grande multipara merujuk pada wanita yang telah mengalami lima kali kehamilan atau lebih. Kelompok ini berisiko tinggi mengalami berbagai penyulit, seperti kelainan letak janin, perdarahan antepartum dan post partum, serta komplikasi lainnya. Kehamilan dan persalinan yang berulang juga dapat menyebabkan penurunan cadangan nutrisi penting seperti asam folat, zat besi, iodium, serta vitamin A, B, dan D. Selain itu, kondisi ini dapat meningkatkan kelelahan pada tubuh ibu dan menurunkan fungsi organ reproduksi (Idhayanti et al., 2023).

c) Jarak Kelahiran

Jarak kehamilan yang terlalu pendek atau terlalu panjang dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi selama masa kehamilan

dan proses persalinan. Ketika kehamilan terjadi dalam waktu kurang dari dua tahun setelah kehamilan sebelumnya, tubuh ibu belum memiliki cukup waktu untuk pulih sepenuhnya, sehingga kondisi fisik, termasuk rahim dan cadangan nutrisi, belum optimal. Hal ini dapat berdampak pada pertumbuhan janin yang kurang maksimal, meningkatnya risiko perdarahan, dan persalinan yang berlangsung lebih lama. Sebaliknya, jarak kehamilan yang melebihi empat tahun juga memiliki risiko, karena bertambahnya usia ibu dapat memengaruhi kesiapan tubuh dalam menjalani kehamilan berikutnya. Selain itu, persalinan pada jarak kehamilan yang terlalu lama cenderung menyerupai persalinan pertama, yang memerlukan adaptasi ulang dan berpotensi menimbulkan komplikasi. Oleh karena itu, merencanakan jarak kehamilan secara ideal merupakan langkah penting dalam menjaga keselamatan dan kesehatan ibu serta bayi (Syairaji et al., 2024).

d) **Maturitas Kehamilan**

Maturitas adalah penilaian usia kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir ibu hingga waktu persalinan. Informasi ini digunakan sebagai pedoman utama oleh tenaga kesehatan untuk memperkirakan waktu kelahiran yang tepat serta memantau pertumbuhan dan perkembangan janin selama kehamilan. Dengan mengetahui maturitas, deteksi dini terhadap kelainan kehamilan atau keterlambatan tumbuh kembang janin dapat dilakukan secara lebih optimal (Cunningham, 2021). Partus prematurus adalah kelahiran yang terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu, biasanya antara minggu ke-22 sampai minggu ke-36. Bayi yang lahir pada masa ini disebut bayi prematur. Meskipun prematur, bayi ini berpotensi untuk bertahan hidup dengan penanganan medis yang tepat. Namun, bayi prematur biasanya berisiko lebih tinggi mengalami masalah kesehatan karena organ tubuhnya belum berkembang sempurna (Mochtar, 2020).

e) Riwayat Kesehatan Ibu

Kesehatan ibu memiliki hubungan langsung dengan kesehatan dan pertumbuhan janin. Apabila ibu menderita penyakit kronis atau kondisi medis yang berdampak negatif terhadap kehamilan, maka janin berisiko mengalami gangguan pertumbuhan, bahkan terancam keselamatannya. Beberapa penyakit yang dapat memperbesar risiko komplikasi kehamilan, termasuk kelahiran mati, antara lain diabetes mellitus, hipertensi, dan anemia. Kondisi-kondisi ini dapat memengaruhi suplai oksigen dan nutrisi ke janin serta mengganggu fungsi plasenta, sehingga penting untuk melakukan pemantauan dan pengelolaan kesehatan ibu secara optimal selama kehamilan (Ibrahim & Ridwan, 2022).

f) Anemia Ibu

Anemia merupakan kondisi ketika kadar *hemoglobin* (Hb) dalam darah berada di bawah normal, yaitu kurang dari 11 gr% (Santi et al., 2022). Selama kehamilan, kebutuhan zat besi meningkat secara signifikan untuk mendukung berbagai proses fisiologis. Seorang wanita dengan berat badan sekitar 55 kilogram memerlukan tambahan zat besi sebanyak 500 mg untuk pembentukan hemoglobin, 290 mg untuk pertumbuhan janin, 25 mg untuk pembentukan plasenta, serta untuk mengganti kehilangan darah saat persalinan. Secara keseluruhan, kebutuhan zat besi selama sembilan bulan kehamilan diperkirakan mencapai sekitar 1.000 miligram. Kebutuhan yang tinggi ini menjelaskan pentingnya suplementasi zat besi bagi ibu hamil guna mencegah anemia dan komplikasi yang menyertainya. (Azmi & Puspitasari, 2022).

g) Status Gizi Ibu

Asupan energi dan protein yang tidak mencukupi ibu hamil dapat menyebabkan Kurang Energi Kronis (KEK). Wanita hamil berisiko mengalami KEK jika memiliki Lingkar Lengan Atas (LILA) <23,5 cm. Ibu hamil KEK berisiko melahirkan bayi berat

lahir rendah (BBLR) serta mengalami kematian perinatal (Ibrahim & Ridwan, 2022).

h) Pendidikan Ibu

Ibu dengan tingkat pendidikan rendah (kurang dari jenjang SMP) memiliki risiko 2,2 kali lebih tinggi mengalami kejadian kematian perinatal dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi. Tingkat pendidikan berperan penting dalam membentuk pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu, termasuk dalam hal memilih pelayanan kesehatan yang tepat dan menjaga pola konsumsi makanan selama kehamilan. Rendahnya pendidikan dapat menyebabkan keterbatasan dalam memahami informasi kesehatan, yang berdampak pada kurang optimalnya asupan nutrisi dan pemantauan kesehatan kehamilan. Akibatnya, peningkatan berat badan ibu selama hamil yang tidak sesuai dapat memengaruhi kondisi janin dan berkontribusi terhadap risiko perinatal yang lebih tinggi (Adeyani et al., 2019).

- i) Bayi yang lahir dari ibu yang mengalami keluhan atau masalah kesehatan selama kehamilan memiliki risiko kematian perinatal sekitar 2,4 kali lebih tinggi dibandingkan bayi dari ibu yang tidak mengalami keluhan selama kehamilan. Ini menunjukkan bahwa kondisi kesehatan ibu selama masa kehamilan sangat berpengaruh terhadap keselamatan bayi. Meskipun komplikasi kehamilan dapat dicegah atau paling tidak dikurangi dengan perawatan yang tepat, tetap saja sekitar 15-20% dari kehamilan yang awalnya normal dapat berkembang menjadi komplikasi saat persalinan. Oleh karena itu, penting bagi ibu hamil untuk mendapatkan pemeriksaan rutin dan penanganan yang tepat guna meminimalkan risiko kematian perinatal (Willcox et al., 2023).

j) Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan memberikan gambaran kesehatan reproduksi ibu dan kondisi yang mungkin berulang atau berlanjut,

yang jika tidak ditangani dengan baik, bisa meningkatkan risiko kematian bayi. Oleh sebab itu, penting untuk melakukan pengawasan dan perawatan yang ketat pada ibu dengan riwayat kehamilan bermasalah agar risiko kematian bayi dapat ditekan.

Riwayat kehamilan merupakan faktor penting yang dapat memengaruhi risiko kematian bayi. Komplikasi atau masalah yang pernah dialami pada kehamilan sebelumnya, jarak kehamilan yang terlalu dekat, serta riwayat keguguran atau kematian bayi sebelumnya, meningkatkan kemungkinan terjadinya masalah serupa pada kehamilan berikutnya. Oleh karena itu, pemantauan kesehatan ibu yang cermat dan perawatan prenatal yang optimal sangat diperlukan untuk meminimalkan risiko kematian bayi dan memastikan keselamatan ibu dan anak (Willcox et al., 2023).

k) Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan secara rutin sangat penting untuk memantau kesehatan ibu dan perkembangan janin serta untuk mendeteksi dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan. Frekuensi pemeriksaan kehamilan yang dianjurkan biasanya mengikuti standar Kesehatan. Pemeriksaan rutin memungkinkan tenaga medis mendeteksi dan menangani masalah seperti preeklampsia, anemia, infeksi, atau gangguan pertumbuhan janin sejak dini. Melalui pemeriksaan, kondisi janin seperti detak jantung, posisi, dan pertumbuhan dapat dipantau secara berkala. Ibu hamil mendapatkan informasi dan edukasi tentang pola hidup sehat, tanda bahaya kehamilan, serta persiapan persalinan. Frekuensi pemeriksaan yang cukup dan tepat waktu berkontribusi mengurangi risiko kematian ibu dan bayi karena komplikasi dapat segera ditangani (Ikawati & Ramadhan, 2024).

2) Faktor Janin

a) Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda atau kelahiran bayi kembar merupakan kondisi di mana seorang ibu mengandung lebih dari satu janin, biasanya dua atau tiga. Meskipun ini adalah fenomena yang menarik, kehamilan ganda termasuk dalam kategori risiko tinggi karena beberapa alasan yang dapat menyebabkan kematian bayi. Kehamilan ganda meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan yang dapat menyebabkan kematian bayi, terutama karena berat badan lahir rendah dan prematuritas yang sering terjadi pada kondisi ini. Oleh karena itu, kehamilan ganda memerlukan pemantauan dan penanganan khusus agar risiko tersebut dapat diminimalkan (Saifuddin, 2020).

b) Kelainan Kongenital

Secara umum, penyebab morbiditas dan mortalitas janin antara lain anoksia dan hipoksia, infeksi, trauma lahir, dan cacat bawaan. Cacat bawaan berpotensi menyebabkan kematian bayi karena mengganggu fungsi organ tubuh yang penting bagi kelangsungan hidup, serta meningkatkan risiko komplikasi medis yang berat. Deteksi dini dan perawatan yang tepat sangat penting untuk meningkatkan peluang hidup bayi dengan kelainan bawaan (Syairaji et al., 2024).

c) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi pada bayi baru lahir merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi, terutama pada masa perinatal. Bayi, terutama yang prematur atau berat badan lahir rendah, memiliki sistem imun yang belum berkembang sempurna, sehingga sangat rentan terhadap infeksi. Penyakit infeksi menyebabkan kematian bayi karena bayi memiliki sistem kekebalan yang belum matang, infeksi dapat menyebar cepat dan menimbulkan komplikasi serius, terutama pada bayi prematur atau berat badan lahir rendah.

Penanganan dini dan tepat sangat penting untuk mencegah kematian akibat infeksi pada bayi (Juwita et al., 2021).

3) Faktor Pelayanan

a) Pelayanan Antenatal

Antenatal care (ANC) adalah serangkaian pemeriksaan dan perawatan yang dilakukan selama kehamilan untuk memantau kesehatan ibu dan perkembangan janin serta mendeteksi dini adanya komplikasi. Faktor antenatal care sangat penting dalam menurunkan risiko kematian bayi karena memungkinkan deteksi dini komplikasi, pemantauan perkembangan janin, serta pencegahan dan penanganan masalah kesehatan ibu dan janin secara optimal selama kehamilan (Ikawati & Ramadhan, 2024). Oleh karena itu, perawatan kehamilan yang rutin dan berkualitas sangat dianjurkan. Pelayanan ini meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan) pemeriksaan laboratorium atas indikasi, serta intervensi dasar dan khusus (sesuai faktor risiko yang ada), namun dalam penetapan operasionalnya dikenal standar minimal 5T untuk pelayanan antenatal, yang terdiri atas Timbang berat badan ukur tinggi badan, (Ukur) Tekanan darah, (Pemberian imunisas) Tetanus toksoid (TT) lengkap, (Ukur) Tinggi fundus uteri, (Pemberian) Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan (Saifuddin, 2020).

b) Penolong Persalinan

Penolong persalinan adalah tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan kualifikasi untuk membantu proses kelahiran agar berlangsung aman bagi ibu dan bayi. Tenaga kesehatan profesional yang biasa memberikan pertolongan persalinan meliputi dokter spesialis, bidan dan dokter umum. Penolong persalinan yang kompeten sangat penting untuk mencegah komplikasi saat persalinan yang dapat membahayakan nyawa ibu dan bayi (M. L. Willcox et al., 2023).

4) Faktor Lingkungan

a) Paparan Asap Rokok

Paparan asap rokok selama kehamilan memiliki dampak serius bagi janin dan ibu. Rokok dapat mengurangi aliran darah ke plasenta (ari-ari), sehingga janin mendapatkan oksigen dan nutrisi yang kurang optimal. Hal ini meningkatkan risiko terhadap gangguan pertumbuhan janin, sehingga janin lahir dengan berat badan rendah (BBLR). Keguguran atau kematian janin dan gangguan saluran pernapasan pada bayi setelah lahir. Paparan asap rokok tidak hanya berbahaya bagi ibu, tapi juga meningkatkan risiko komplikasi dan kematian bayi (Juwita et al., 2021)

b) Jarak Rumah ke Faskes

Jarak antara rumah ibu hamil dengan fasilitas pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi akses ke perawatan antenatal dan penolong persalinan. Jarak yang jauh, khususnya lebih dari 10 kilometer, dapat menjadi risiko karena membuat ibu sulit mengakses pemeriksaan rutin dan penanganan medis tepat waktu, menyulitkan ibu untuk mendapatkan pertolongan saat persalinan, terutama jika terjadi komplikasi dan meningkatkan risiko keterlambatan penanganan darurat yang dapat membahayakan ibu dan bayi. Oleh karena itu, keterjangkauan fasilitas kesehatan sangat penting untuk menurunkan risiko kematian ibu dan bayi (Juwita et al., 2021).

e. Pencegahan

Keseluruhan penyebab kematian maternal/perinatal dapat dicegah dengan cara mencegah atau mengontrol komplikasi yang mungkin terjadi. Setiap wanita berhak mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Selain itu, untuk mencegah kematian ibu penting pula mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Setiap wanita sebaiknya mendapatkan akses penggunaan kontrasepsi. Sasaran program ini adalah kelompok masyarakat dengan pendapatan rumah tangga yang rendah, baik berada di perkotaan, pedesaan maupun pada kelompok masyarakat di daerah terpencil (Ibrahim &

Ridwan, 2022). Strategi TPB/SDGs (Tujuan Pembangunan Berkelanjutan; *Sustainable Development Goals*) dalam penurunan kematian maternal dan perinatal memiliki tiga tema pokok, yaitu setiap persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan profesional, apabila ditemukan komplikasi obstetrik dan neonatal sebaiknya segera mendapatkan pelayanan yang terbaik dan memadai, setiap wanita khususnya Wanita Usia Subur (WUS) memiliki akses pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan atau *unwanted pregnancy* dan mendapatkan penanganan komplikasi keguguran yang memadai dan terpadu (Bapenas, 2024). Tujuan dan pendekatan dalam kesehatan perinatal diantaranya adalah;

- 1) Pencegahan Kematian Perinatal. Salah satu tujuan utama dari konsep perinatal adalah untuk menurunkan angka kematian perinatal melalui peningkatan layanan kesehatan ibu hamil, persalinan yang aman, dan perawatan bayi baru lahir yang lebih baik.
- 2) Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak. Dengan memahami pentingnya periode perinatal, dapat dilakukan upaya meningkatkan perawatan prenatal bagi ibu, memastikan kualitas persalinan, dan memberikan perawatan pascakelahiran yang memadai (Miranda et al., 2024).

2. Konsep Bidan

a. Definisi

Bidan merupakan profesi kunci dalam pelayanan terhadap perempuan selama daur kehidupan. Hasil telaah sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa bidan mempunyai otoritas besar terhadap kesejahteraan kesehatan perempuan (Sulistyowati, 2021). Profesionalisme bidan merupakan elemen penting dalam pemberdayaan perempuan. Layanan kebidanan didasarkan pada pemenuhan kebutuhan perempuan, memberikan rasa nyaman dan bersikap yang baik serta kemampuan komunikasi yang baik. Pentingnya mendengarkan dari pihak perempuan memungkinkan dapat berkontribusi dalam pengambilan keputusan. Membangun hubungan kepercayaan sehingga perempuan merasa berdaya guna terhadap kondisi dirinya (Junengsih, 2019).

Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan (Kemenkes RI, 2020). Pelayanan Kebidanan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan (Undang-Undang Republik Indonesia, 2019). Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan. Asuhan Kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh Bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat Kebidanan (Marni, 2018).

b. Pelayanan Kebidanan

Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya, kapan dan dimanapun dia berada (Wahyuni, 2018). Untuk menjamin kualitas tersebut diperlukan suatu standar profesi sebagai acuan untuk melakukan segala tindakan dan asuhan yang diberikan dalam seluruh aspek pengabdian profesinya kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik dari aspek input, proses dan output (Bustami et al., 2017). Pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan, bidan harus memahami falsafah, kode etik, dan regulasi yang terkait dengan praktik kebidanan (Undang-Undang Republik Indonesia, 2019).

Asuhan Kebidanan Esensial adalah asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien bayi baru lahir (neonatus), bayi, balita dan anak prasekolah, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, dan pelayanan keluarga berencana (Henderson, 2021). Pelayanan Kebidanan merupakan

bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga, sesuai dengan kewenangan dalam rangka tercapainya keluarga kecil bahagia dan sejahtera. Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien bayi baru lahir (neonatus), bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, masa klimakterium, pelayanan keluarga berencana, pelayanan kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan (Kemenkes RI, 2020).

Pelayanan kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan melalui asuhan kebidanan yang menjadi tanggung jawab bidan, mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana, termasuk kesehatan reproduksi wanita dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan Kebidanan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yg diberikan oleh bidan yg telah terdaftar (teregister) yg dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan (Hamdani, 2018). Bidan merupakan mitra perempuan, memiliki posisi penting dan strategis dalam membantu upaya penurunan AKB, terutama dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Kesehatan ibu dan anak mempunyai dampak yang besar terhadap kualitas hidup generasi penerus yang merupakan salah satu indikator dari kesejahteraan bangsa (Marni, 2018).

Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang paripurna dan berkesinambungan akan berorientasi pada asuhan kebidanan yang bersifat holistik, meliputi pemahaman aspek-aspek sosial, emosional, kultural, spiritual, psikologikal dan fisik perempuan (Kemenkes RI, 2014). Asuhan kebidanan yang diberikan ini berdasarkan bukti nyata yang terbaik dan terkini, sehingga bidan harus mampu memberikan nasihat, informasi dan fasilitas yang dibutuhkan perempuan agar mereka mampu berpartisipasi serta mengambil keputusan untuk peningkatan kesehatannya. Pelayanan kebidanan sejalan dengan perkembangan obstetrik, namun masing-masing mempunyai lingkup praktik tersendiri (Ningsih et al., 2018). Bidan

memberikan pelayanan meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, serta pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, dan/atau pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu (Kemenkes RI, 2020).

c. Manajemen Pelayanan Kebidanan

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh A CNM terdiri atas (Arlenti, 2021):

- 1) Mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan secara sistematis melalui pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengkaji riwayat kesehatan dan melakukan pemeriksaan fisik.
- 2) Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasar interpretasi data dasar.
- 3) Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- 4) Memberi informasi dan dukungan kepada klien sehingga mampu membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
- 5) Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
- 6) Secara pribadi, bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual.
- 7) Melakukan konsultasi perencanaan, melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi, dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya.
- 8) Merencanakan manajemen terhadap komplikasi dalam situasi darurat jika terdapat penyimpangan dari keadaan normal.
- 9) Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

3. Analisa Kebutuhan Tenaga Kesehatan

a. Definisi

Analisa kebutuhan tenaga kesehatan bidan adalah proses sistematis untuk menentukan jumlah dan jenis bidan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kebidanan, di suatu wilayah, fasilitas, atau institusi kesehatan. Analisis ini penting untuk memastikan pelayanan kebidanan yang efektif, efisien, merata, dan berkualitas, serta untuk mendukung pencapaian indikator kesehatan ibu dan anak (Purwaningsih, 2023). Analisa kebutuhan tenaga kesehatan bidan merupakan proses penting dalam manajemen sumber daya manusia bidang kesehatan, khususnya dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak. Bidan memegang peranan strategis dalam pelayanan kesehatan dasar, terutama dalam pelayanan kesehatan ibu, bayi, balita, dan keluarga berencana (Wekadigunawan, 2023). Tujuan Analisa ini adalah;

- 1) Mengetahui kesenjangan antara jumlah bidan yang tersedia dengan yang dibutuhkan.
- 2) Menjadi dasar dalam perencanaan SDM kesehatan, termasuk rekrutmen, pelatihan, distribusi, dan retensi tenaga bidan.
- 3) Mendukung pencapaian target indikator kesehatan nasional (misalnya: penurunan AKB).

b. Metode Analisa Kebutuhan

Cara Menghitung Analisis Kebutuhan Tenaga Kesehatan Bidan di Suatu Wilayah dapat dilakukan dengan beberapa pendekatan, tergantung tujuan dan ketersediaan data. Berikut adalah metode yang paling umum digunakan di Indonesia dan dunia, terutama dalam konteks perencanaan SDM kesehatan:

1) *Workload Indicators of Staffing Needs (WISN)*

Metode ini digunakan oleh WHO dan Kemenkes RI untuk menghitung kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja aktual. Komponen analisis meliputi (Asamani et al., 2021):

- a) Waktu kerja tersedia per tahun
- b) Standar waktu untuk melakukan aktivitas pelayanan
- c) Volume kerja aktual (misalnya jumlah ibu hamil, persalinan, nifas, KIA, KB)
- d) Kegiatan tambahan dan kegiatan non pelayanan (administrasi, supervisi, dll)

2) Rasio Ideal

Rasio bidan per jumlah penduduk atau per kasus (misal: 1 bidan per 100 ibu hamil). Rasio bidan per faskes (misal: 1 Puskesmas minimal memiliki 1-2 bidan)

3) Analisis Beban Kerja vs Ketersediaan

Membandingkan jumlah kegiatan pelayanan kebidanan dengan kapasitas kerja bidan yang ada

c. Data yang Diperlukan

- 1) Jumlah penduduk (terutama wanita usia subur, ibu hamil, ibu bersalin, bayi, balita)
- 2) Data pelayanan: jumlah kunjungan ANC, persalinan, PNC, imunisasi, KB
- 3) Jumlah tenaga bidan yang ada
- 4) Standar waktu pelayanan tiap jenis kegiatan
- 5) Jam kerja efektif bidan

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Bidan

- 1) Jumlah dan distribusi penduduk
- 2) Tingkat kelahiran dan kesehatan ibu-anak
- 3) Akses geografis dan kondisi wilayah
- 4) Standar pelayanan minimal (SPM) dan kebijakan nasional
- 5) Ketersediaan tenaga kesehatan lain (dokter, perawat)

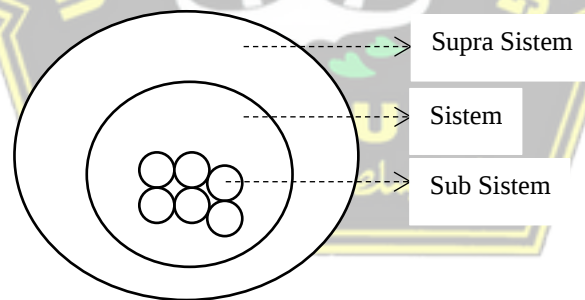
6) Program nasional seperti Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

e. Output Analisa Kebutuhan

- 1) Jumlah bidan ideal yang dibutuhkan
- 2) Kesenjangan (surplus/defisit) tenaga bidan
- 3) Rekomendasi penambahan, distribusi ulang, atau pelatihan tenaga bidan (Purwaningsih, 2023).

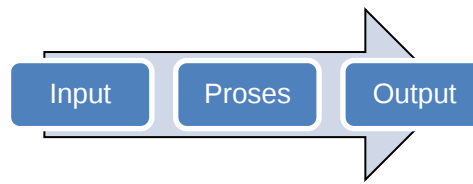
4. Teori Sistem Pelayanan Kebidanan

Pelayanan merupakan bagian dari suatu sistem, yang di dalamnya terdapat berbagai subsistem berupa rangkaian kegiatan. Setiap subsistem ini dapat diurai secara hierarkis hingga mencapai unit terkecil yang tidak bisa lagi dipecah menjadi sistem atau subsistem lainnya (Rosdianah et al., 2021). Pelayanan kebidanan terdiri dari beberapa komponen sistem yang terdiri dari model sistem, elemen sistem, lingkungan suprasistem, struktur intern dan struktur ekstern (Iman, 2021). Komponen sistem pelayanan digambarkan sebagai berikut;



Gambar 2.1
Model Sistem Pelayanan Rumah Sakit (Iman, 2021).

Model Sistem menggunakan pendekatan komponen Input, Proses dan Output atau biasa disingkat IPO. Model Donabedian dijadikan sebagai pedoman dalam menyusun strategi evaluasi terhadap program pelayanan Kesehatan (Donabedian, 2014).



Gambar 2.2
Kerangka Teori Donabedian

Model ini menitikberatkan evaluasi pada tiga aspek utama dalam sistem pelayanan kebidanan, yaitu struktur (input), proses, dan hasil (output dan outcome), yang dijelaskan sebagai berikut:

a. Komponen Input

Komponen Input dalam pelayanan kebidanan mencakup ketersediaan tenaga bidan yang kompeten, fasilitas kesehatan seperti ruang bersalin, alat kesehatan, serta kebijakan dan standar operasional prosedur (SOP) yang mendukung pelayanan maternal dan neonatal.

Komponen input dikenal dengan elemen 6M + Time, yaitu:

- 1) Man (Tenaga Kerja): Tenaga kesehatan khususnya bidan, serta dukungan tenaga medis dan nonmedis lainnya seperti dokter umum, perawat, ahli gizi, analis laboratorium, dan petugas administrasi yang terlibat dalam pelayanan kebidanan.
- 2) Money (Anggaran): Sumber pendanaan yang digunakan untuk membiayai pelayanan kebidanan, baik dari APBD, JKN, maupun sumber pembiayaan lainnya.
- 3) Material (Bahan): Sediaan farmasi, alat kesehatan habis pakai, serta bahan edukasi kesehatan ibu dan anak.
- 4) Method (Metode): Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan kebidanan, panduan asuhan kebidanan, dan regulasi pelayanan.
- 5) Machine (Sarana/Peralatan): Alat medis untuk pelayanan kehamilan, persalinan, nifas, dan neonatal seperti Doppler, partus set, inkubator, dan kendaraan ambulans.

- 6) Markets (Pasien dan Sasaran Layanan): Ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir, keluarga, dan komunitas sebagai sasaran Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan ibu dan anak.
- 7) Time (Waktu): Jadwal layanan kebidanan, baik yang bersifat rutin (harian, mingguan) maupun programatis (bulanan, tahunan) seperti posyandu atau kunjungan rumah.

b. Komponen Proses

Komponen proses menitikberatkan pada cara pelayanan diberikan, termasuk interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien serta tata cara operasional lainnya. Evaluasi pada aspek ini melihat sejauh mana prosedur dijalankan sesuai standar. Proses pelayanan kebidanan menggambarkan bagaimana input di atas digunakan secara efektif untuk menghasilkan layanan yang berkualitas, meliputi;

- 1) Kinerja Bidan: Pelaksanaan asuhan kebidanan dari hulu ke hilir (kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir) yang sesuai dengan kompetensi dan kode etik profesi.
- 2) Pelaksanaan SOP Kebidanan: Penerapan prosedur tetap dan protokol pelayanan yang ditetapkan untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi.
- 3) Penggunaan Bahan dan Obat: Distribusi dan pemanfaatan logistik kebidanan seperti obat-obatan esensial, APD, dan alat bantu persalinan.
- 4) Pencapaian Standar Layanan: Pelayanan sesuai SPM bidang kesehatan ibu dan anak, termasuk cakupan ANC, persalinan oleh tenaga kesehatan, kunjungan nifas, dan K1-K4.
- 5) Penggunaan Alat dan Peralatan: Pemanfaatan sarana penunjang yang memadai dan berfungsi baik.
- 6) Proses Pendanaan: Pengelolaan anggaran pelayanan kebidanan untuk kegiatan rutin dan program strategis.
- 7) Efisiensi Waktu: Pelayanan tepat waktu, pencatatan yang akurat, serta rujukan cepat dalam kondisi kegawatdaruratan maternal dan neonatal.



Gambar 2.3
Model Proses dalam Sistem Pelayanan (Iman, 2018)

c. Komponen Output

Komponen output merupakan hasil langsung dari pelayanan (seperti jumlah pasien yang tertangani), dan outcome, yakni dampak jangka panjang seperti peningkatan kesehatan masyarakat atau penurunan angka kematian bayi. Komponen output merupakan hasil akhir dari pelayanan kebidanan, baik secara langsung maupun jangka panjang, seperti;

- 1) Cakupan Pelayanan: Jumlah ibu hamil yang mendapat pelayanan lengkap, persalinan yang ditolong bidan, serta bayi yang mendapat perawatan sesuai standar.
- 2) Kualitas Layanan: Pelayanan yang memenuhi standar profesi, berorientasi pada keselamatan ibu dan bayi, serta meningkatkan kepuasan pasien.
- 3) Dampak Kesehatan (*Outcome*): Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), serta peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak secara berkelanjutan.

5. Metode Analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunity, Threats*)

Metode analisis SWOT merupakan suatu pendekatan strategis yang digunakan dalam penelitian ini untuk mengidentifikasi dan memahami berbagai faktor yang berpengaruh terhadap suatu organisasi, baik yang berasal dari dalam (internal) maupun luar (eksternal) organisasi. Tujuan utama dari penggunaan analisis ini adalah untuk merumuskan strategi yang

efektif dan tepat dalam upaya peningkatan kinerja, dalam hal ini termasuk peningkatan kapasitas dan kompetensi sumber daya manusia atau tenaga kerja yang relevan dengan objek penelitian. SWOT sendiri merupakan akronim dari empat elemen penting yang saling berkaitan, yaitu *Strengths* (kekuatan), *Weaknesses* (kelemahan), *Opportunities* (peluang), dan *Threats* (ancaman). Pendekatan ini bekerja berdasarkan asumsi logis bahwa organisasi dapat memaksimalkan potensi internal yang dimiliki (kekuatan) dan memanfaatkan peluang yang ada di lingkungan eksternal, sembari secara bersamaan menekan dan meminimalkan dampak dari kelemahan internal maupun ancaman yang datang dari luar (Freddy, 2021)

Analisis ini menjadi penting karena organisasi, dalam menjalankan tugas dan fungsinya, selalu berada dalam dua lingkungan sekaligus yaitu lingkungan internal yang meliputi struktur organisasi, sumber daya manusia, fasilitas, dan prosedur kerja, serta lingkungan eksternal seperti regulasi pemerintah, perkembangan teknologi, kondisi sosial ekonomi masyarakat, dan dinamika pasar. Oleh karena itu, melalui analisis SWOT, dapat dihasilkan pemetaan komprehensif yang menggambarkan posisi strategis organisasi saat ini serta potensi langkah-langkah perbaikan yang dapat dilakukan ke depan.

Tahapan pelaksanaan analisis SWOT dimulai dengan melakukan identifikasi faktor-faktor strategis yang relevan. Faktor internal dianalisis menggunakan matriks IFAS (*Internal Factor Analysis Summary*) yang menyusun dan menilai kekuatan dan kelemahan organisasi, sedangkan faktor eksternal dianalisis melalui matriks EFAS (*External Factor Analysis Summary*) yang mencerminkan peluang dan ancaman dari lingkungan eksternal. Setelah seluruh faktor tersebut teridentifikasi, langkah berikutnya adalah mengombinasikan keempat komponen SWOT ke dalam matriks SWOT untuk merancang alternatif strategi. Matriks SWOT ini menghasilkan empat jenis strategi utama, yaitu:

Tabel 3.1
Matrik Analisis SWOT

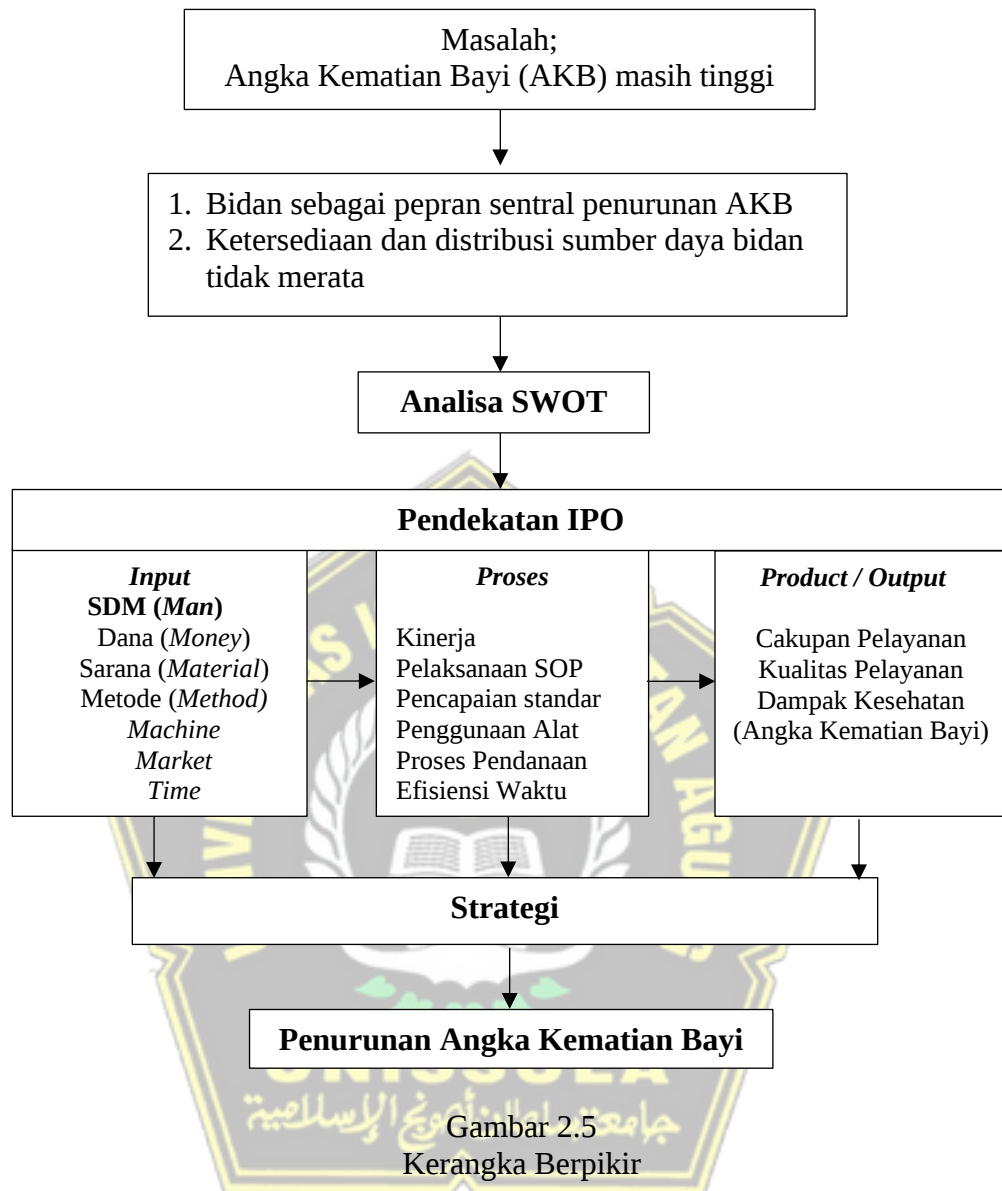
Internal Eksternal	Internal	<i>Strength (S)</i> Tentukan 5-10 faktor Kekuatan Internal	<i>Weaknes (W)</i> Tentukan 5-10 faktor Kelemahan Internal
<i>Opportunity (O)</i> Tentukan 5-10 Peluang Eksternal		Strategi SO	Strategi WO
<i>Threat (T)</i> Tentukan 5-10 Ancaman Eksternal		Strategi ST	Strategy WT

Sumber: Freddy Rangkuty (2021:31)

2.2 Kerangka Pikir

Keberhasilan penurunan AKB sangat dipengaruhi oleh peran bidan sebagai tenaga kesehatan utama dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. Namun, permasalahan mendasar yang dihadapi di tingkat daerah adalah adanya ketimpangan antara kebutuhan dan ketersediaan sumber daya bidan, baik dari segi jumlah, distribusi, maupun kompetensi. Oleh karena itu, diperlukan upaya identifikasi kebutuhan riil tenaga bidan berdasarkan kondisi lokal yang spesifik, sehingga kebijakan yang dirumuskan lebih tepat sasaran.

Pendekatan dengan kerangka teori Donabedian yang memandang sistem pelayanan kesehatan sebagai suatu rangkaian yang saling terhubung melalui tiga komponen utama: input, proses, dan output. Dalam konteks pencapaian indikator kinerja AKB (Angka Kematian Bayi), kualitas dan kuantitas pelayanan kebidanan sangat ditentukan oleh bagaimana sistem pelayanan tersebut berjalan pada setiap komponen utamanya. Melalui pendekatan SWOT ini, penelitian ini berupaya merumuskan strategi optimalisasi kebutuhan sumber daya bidan, baik dari sisi rekrutmen, redistribusi, pelatihan, maupun dukungan sistem pelayanan yang berkelanjutan. Dengan demikian, hasil studi ini diharapkan dapat menjadi dasar pengambilan kebijakan daerah yang berbasis data dan analisis kontekstual untuk menurunkan AKB secara efektif dan berkelanjutan. Kerangka pikir penelitian ini digambarkan sebagai berikut;



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif (*qualitative research*). Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat *postpositivisme* atau enterpretatif, digunakan untuk meneliti kondisi obyek yang alamiah, dimana peneliti adalah instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan observasi, wawancara, dokumentasi), data yang diperoleh cenderung kualitatif, analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian bersifat untuk memahami makna, memahami keunikan, mengkonstruksi fenomena, dan menemukan hipotesis (Creswell, 2021). Menurut (Sugiyono, 2021) penelitian kualitatif (*qualitative research*) adalah suatu penelitian yang ditujukan untuk mendiskripsikan dan menganalisis fenomena, peristiwa, aktifitas sosial, sikap, kepercayaan, persepsi, pemikiran orang secara individu maupun kelompok.

3.2 Desain Penelitian

Pendekatan penelitian ini yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan rancangan studi kasus. Studi kasus merupakan salah satu jenis penelitian kualitatif, dimana peneliti melakukan eksplorasi secara mendalam terhadap program, kejadian, proses, aktifitas, terhadap satu atau lebih orang. Alasan penelitian ini memakai desain deskriptif kualitatif karena sesuai dengan sifat dan tujuan penelitian yang ingin memperoleh dan bukan menguji hipotesis, namun untuk mengevaluasi Studi Kebutuhan Sumberdaya Bidan dalam Capaian Indikator Kinerja AKB.

3.3 Fokus Penelitian

Fokus penelitian merupakan tumpuan dari sebuah masalah dengan menggunakan penelitian kualitatif. Adanya fokus penelitian, peneliti dapat membuat sebuah keputusan untuk data mana yang dibutuhkan dan data yang

tidak dibutuhkan (Moleong, 2021). Fokus penelitian dalam penelitian ini adalah tentang Studi Kebutuhan Sumberdaya Bidan dalam Capaian Indikator Kinerja AKB.

3.4 Data dan Sumber Data Penelitian

1. Data Penelitian

a. Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan informan utama dan triangulasi sehingga peneliti dapat memahami secara mendalam tentang Analisa Kebutuhan Sumberdaya Bidan dalam Capaian Indikator Kinerja AKB.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari data kepegawaian dan dokumentasi yang dimiliki oleh pihak instansi. Selain itu, data juga didapatkan dari berbagai pustaka yang menunjang dan berhubungan dengan kegiatan penelitian seperti kebijakan, literature, jurnal atau penelitian sebelumnya yang masih berkaitan dengan Studi Kebutuhan Sumberdaya Bidan dalam Capaian Indikator Kinerja AKB.

2. Sumber Data Penelitian

Menurut Lofland dalam (Yusuf, 2022), data utama dalam penelitian kualitatif berasal dari ucapan atau pernyataan verbal dan tindakan, sedangkan sumber lainnya seperti dokumen dianggap sebagai pelengkap. Dalam penelitian ini, data dikumpulkan melalui dokumen, hasil wawancara, catatan lapangan, serta observasi. Subjek penelitian berperan sebagai penyedia informasi utama. Pemilihan informan dilakukan dengan menggunakan teknik purposive sampling, yaitu teknik penentuan sampel secara sengaja berdasarkan pertimbangan peneliti, karena individu atau lokasi yang dipilih dinilai memiliki pengetahuan yang relevan dan mendalam terkait isu yang diteliti. Informan dalam penelitian ini terdiri atas informan utama serta informan triangulasi.

- a. Informan utama. Informan utama dalam penelitian ini adalah bidan, kepala puskesmas dan direktur rumah sakit yang berpengalaman > 1 tahun, memiliki waktu yang cukup untuk diwawancarai, bersedia menjadi informan penelitian.
- b. Informan triangulasi dalam penelitian ini yaitu Kepala Dinas Kabupaten Jepara (Koordinator KIA).

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama adalah mendapatkan data (Sugiyono, 2021). Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah wawancara, observasi, dan metode dokumentasi.

1. Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam adalah percakapan yang memiliki suatu tujuan tertentu oleh dua pihak, yaitu pewawancara dan narasumber yang memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan oleh pewawancara (Moleong, 2021). Menurut Nasution dalam (Sugiyono, 2021) wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang harus diteliti, dan juga apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam dan jumlah respondennya sedikit/kecil.

Penelitian ini wawancara dilakukan dengan mewawancarai Informan utama dan triangulasi. Teknik wawancara mendalam dalam penelitian ini dengan memilih 2 pilihan, yaitu:

- a. Pertemuan secara langsung dengan Informan utama dan triangulasi
- b. *Daring* melalui aplikasi *zoom/videocall* melalui aplikasi *whatsapp*.

2. Observasi

Observasi adalah cara mengumpulkan data dengan jalan mengamati langsung terhadap objek yang diteliti (Paramita, 2018). Menurut Arikunto dalam (Gunawan, 2018) menyatakan Observasi merupakan suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengadakan peneliti secara

teliti, serta pencatatan sistematis. Observasi dalam penelitian ini dilakukan oleh peneliti di beberapa Puskesmas dan RS di Jepara.

3. Dokumentasi

Dokumentasi menurut Sugiyono adalah suatu cara yang digunakan untuk memperoleh data dan informasi dalam bentuk buku, arsip, dokumen, tulisan angka dan gambar yang berupa laporan serta keterangan yang dapat mendukung penelitian. Dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data kemudian ditelaah (Sugiyono, 2021). Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini meliputi renstra, kebijakan, profil tenaga Bidan, program KIA, capaian program, dan profil kesehatan.

3.6 Teknik Keabsahan Data

1. *Credibility* (Validitas Internal)

Validitas dalam penelitian ini diperoleh melalui penerapan teknik triangulasi. Triangulasi merupakan metode untuk memastikan keabsahan data dengan membandingkan data dari berbagai sudut pandang, baik melalui sumber yang berbeda, metode pengumpulan yang beragam, maupun waktu yang bervariasi. Penelitian ini menerapkan triangulasi sumber, yaitu menguji kebenaran data dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari berbagai informan atau sumber. Misalnya, untuk menilai kualitas pelayanan, peneliti membandingkan data dari beberapa narasumber, kemudian merumuskan kesimpulan yang dikonfirmasi melalui kesepakatan bersama dengan para informan.

2. *Dependability* (Reliabilitas)

Reliabilitas dalam penelitian kualitatif dicapai dengan melakukan audit terhadap proses pengumpulan dan analisis data. Tujuannya adalah untuk memastikan konsistensi antara data yang dikumpulkan dengan kesimpulan yang dihasilkan. Dalam hal ini, peneliti membandingkan catatan lapangan dengan hasil akhir penelitian, serta melakukan pengecekan silang terhadap informasi yang diberikan oleh partisipan guna menjamin objektivitas dan kestabilan data yang diperoleh.

3. *Confirmability* (Obyektivitas)

Pengujian obyektivitas atau konfirmabilitas bertujuan untuk memastikan bahwa temuan penelitian merupakan hasil dari proses yang sistematis dan bukan karena bias peneliti. Hal ini dilakukan dengan menelusuri keterkaitan antara data, proses analisis, dan hasil akhir. Jika hasil penelitian dapat ditelusuri secara logis dari langkah-langkah metodologis yang telah dilakukan, maka penelitian tersebut dapat dikatakan telah memenuhi prinsip konfirmabilitas.

3.7 Teknis Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini merupakan tahapan menyusun dan mengelola data yang diperoleh dari wawancara, catatan lapangan, serta dokumentasi secara sistematis. Proses ini dilakukan dengan cara mengelompokkan data ke dalam kategori tertentu, merinci menjadi bagian-bagian kecil, menyusun pola hubungan antar data, menyaring informasi yang relevan, dan menyimpulkan hasil agar dapat dipahami dengan mudah oleh peneliti maupun pihak lain (Sugiyono, 2021). Tujuan utama dari teknik analisis data adalah mengolah dan menyusun data yang telah terkumpul sehingga menjadi informasi yang terstruktur, terorganisir, dan bermakna. Menurut Miles dan Huberman dalam (Sugiyono, 2021), analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berkelanjutan hingga data dianggap cukup dan tidak lagi menghasilkan informasi baru (data jenuh).

Analisis data menggunakan analisis SWOT yang memberikan gambaran situasional terhadap organisasi, tetapi juga menjadi dasar dalam pengambilan keputusan strategis yang bersifat aplikatif, realistis, dan berorientasi pada pencapaian tujuan organisasi. Dalam konteks penelitian ini, analisis SWOT digunakan untuk merumuskan strategi optimal dalam penguatan sumber daya bidan guna mendukung pencapaian indikator kinerja Angka Kematian Bayi (AKB) secara lebih efektif dan berkelanjutan. Aktivitas dalam analisis data, yaitu:

1. Pengumpulan data

Data diperoleh melalui wawancara mendalam terhadap informan utama, ditambah dengan teknik triangulasi, dokumentasi, serta studi literatur. Proses wawancara direkam dan ditranskripsikan ke dalam bentuk tulisan. Pendekatan ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam mengenai variabel-variabel yang dikaji, sesuai dengan fokus dan tujuan penelitian.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan sejumlah informan kunci, berhasil diidentifikasi berbagai faktor yang memengaruhi kinerja organisasi, baik dari sisi kekuatan (*strengths*) maupun kelemahan (*weaknesses*) sebagai bagian dari faktor internal, serta peluang (*opportunities*) dan ancaman (*threats*) sebagai bagian dari faktor eksternal. Faktor-faktor ini menjadi dasar dalam proses analisis strategis yang bertujuan untuk memahami posisi organisasi secara komprehensif.

2. Reduksi data dan kategorisasi

Proses reduksi dan kategorisasi data dilakukan dengan cara mengidentifikasi bagian-bagian data yang memiliki makna penting. Data kemudian diberi kode (*coding*) untuk mempermudah pelacakan dan pengelompokan unit informasi. Setelah itu, dilakukan kategorisasi berdasarkan kesamaan karakteristik, serta dianalisis hubungan antar kategori untuk menemukan pola yang relevan.

3. Verifikasi dan penyajian data

Langkah ini melibatkan pemeriksaan ulang atau validasi terhadap data yang telah dikumpulkan. Data kemudian disusun dalam bentuk narasi yang singkat dan padat sesuai dengan fokus variabel penelitian. Penyajian ini bertujuan untuk menata data hasil reduksi secara sistematis dan membentuk hubungan yang jelas antar informasi, sehingga mudah dipahami oleh pembaca.

Langkah berikutnya dalam proses analisis adalah melakukan pengolahan data yang diperoleh tersebut ke dalam dua alat analisis utama, yaitu matriks IFAS (*Internal Factor Analysis Summary*) dan matriks EFAS

(*External Factor Analysis Summary*). Pada tahap ini, setiap faktor internal maupun eksternal yang telah teridentifikasi sebelumnya dinilai berdasarkan dua indikator utama, yakni bobot (*weight*) dan rating. Bobot menunjukkan tingkat pentingnya setiap faktor terhadap keberhasilan organisasi, sedangkan rating menggambarkan seberapa baik organisasi merespons faktor tersebut dalam praktiknya. Hasil perkalian antara bobot dan rating dari masing-masing faktor kemudian dijumlahkan untuk menghasilkan skor total, yang memberikan gambaran tentang kekuatan relatif dari posisi internal dan eksternal organisasi.

Setelah penilaian faktor-faktor tersebut dirangkum dalam bentuk kuantitatif, tahap selanjutnya adalah menganalisis posisi strategis organisasi menggunakan matriks SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). Matriks SWOT merupakan alat bantu yang memungkinkan organisasi untuk merancang strategi yang paling sesuai berdasarkan kombinasi dari kekuatan dan peluang (strategi SO), kelemahan dan peluang (strategi WO), kekuatan dan ancaman (strategi ST), serta kelemahan dan ancaman (strategi WT). Dengan menggunakan pendekatan ini, organisasi dapat menentukan arah kebijakan strategis yang tidak hanya mempertimbangkan potensi internal, tetapi juga menyesuaikan diri terhadap dinamika lingkungan eksternal.

4. Menarik kesimpulan

Kesimpulan penelitian diperoleh melalui proses membandingkan antara hasil temuan lapangan dengan rumusan pertanyaan penelitian, tujuan penelitian, dan landasan teori yang digunakan. Dengan cara ini, peneliti dapat menyusun kesimpulan yang selaras dengan kerangka konseptual yang telah ditetapkan (Moleong, 2021).

Dalam konteks penelitian ini, analisis SWOT diarahkan untuk menyusun strategi peningkatan kompetensi pegawai, khususnya dalam aspek pelayanan administrasi kependudukan. Dengan memahami kekuatan yang dapat dioptimalkan, kelemahan yang harus diperbaiki, peluang yang dapat dimanfaatkan, serta ancaman yang perlu diantisipasi, maka organisasi

diharapkan mampu menetapkan langkah-langkah konkret dan berorientasi pada penguatan kapasitas sumber daya manusia, efisiensi pelayanan publik, dan perbaikan kinerja kelembagaan secara berkelanjutan.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Kondisi Sumber Daya Bidan di Kabupaten Jepara dalam mendukung Pencapaian Indikator Kinerja AKB

Penelitian ini menggali kondisi sumber daya bidan yang berperan dalam pelayanan neonatal di Kabupaten Jepara, sebagai bagian penting dalam upaya optimalisasi pencapaian indikator kinerja angka kematian bayi (AKB). Data diperoleh melalui wawancara mendalam dengan dua bidan pelaksana dari Puskesmas di Kecamatan Mayong dan Tahunan serta kepada Puskesmas dan Direktur RS. Wawancara ini memberikan gambaran nyata mengenai ketersediaan sumber daya, pelaksanaan tugas, serta tantangan yang dihadapi dalam pelayanan neonatal di Kabupaten Jepara.

1. Input

Berdasarkan hasil wawancara dengan dua bidan pelaksana dari Puskesmas di kecamatan berbeda, ditemukan beberapa fenomena penting, khususnya terkait kurangnya tenaga bidan dan keterbatasan sarana prasarana, yang berkontribusi pada tantangan dalam pelayanan neonatal, sehingga berdampak pada pencapaian indikator kinerja AKB. Bidan Ibu A dari Puskesmas N, Kecamatan Mayong, mengungkapkan bahwa jumlah bidan yang tersedia masih jauh dari ideal untuk menangani kasus neonatal dengan risiko tinggi. Hanya terdapat dua bidan aktif yang menangani wilayah dengan cakupan kelahiran yang cukup besar, sehingga tenaga yang terbatas menyebabkan layanan observasi pascapersalinan kurang maksimal. Hal ini didukung dari temuan hasil wawancara sebagai berikut;

“Saat ini, jumlah bidan di tempat saya bertugas masih belum ideal. Dalam satu wilayah kerja yang memiliki cakupan kelahiran cukup tinggi, hanya ada dua bidan yang aktif. Sering kali kami harus membagi tugas antara kunjungan rumah, pelayanan di poli KIA, serta penanganan persalinan di luar jam kerja. Kondisi ini membuat penanganan kasus bayi baru lahir, terutama bayi dengan risiko tinggi, menjadi kurang maksimal karena kurangnya tenaga untuk observasi intensif pascapersalinan.”

Hasil wawancara kepada kepala Puskesmas dr. S menjelaskan bahwa secara kuantitatif jumlah bidan di wilayah kerja Puskesmas cukup memadai secara total. Namun, permasalahan utama adalah distribusi yang tidak merata. Terutama di wilayah perdesaan dan daerah terpencil dengan akses transportasi sulit, jumlah bidan sangat minim. Beberapa desa hanya memiliki satu bidan yang bertugas melayani seluruh wilayah kerja yang cukup luas, yang tentu tidak ideal untuk pelayanan maternal dan neonatal yang berkualitas.

“Jumlah bidan di wilayah kerja kami sebenarnya cukup banyak jika dilihat secara keseluruhan. Namun, distribusinya tidak merata. Di wilayah perdesaan dan daerah dengan akses sulit, jumlah bidan masih sangat kurang. Beberapa desa hanya memiliki satu bidan untuk melayani seluruh wilayah kerja, yang jelas tidak ideal.”

Fenomena ini berimplikasi langsung pada keterbatasan akses layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, sehingga memengaruhi pencapaian indikator kesehatan neonatal.

Dalam aspek ketersediaan tenaga bidan, Direktur RSUD Kartini menyatakan bahwa jumlah bidan secara kuantitatif sudah memadai untuk memenuhi kebutuhan pelayanan persalinan dan perawatan bayi di rumah sakit, tetapi tenaga spesialis neonatal masih sangat terbatas. Hal ini menjadi kendala signifikan dalam penanganan kasus-kasus bayi baru lahir dengan risiko tinggi yang membutuhkan perhatian khusus dari dokter spesialis anak.

“Kami memiliki jumlah bidan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan di ruang bersalin maupun perawatan bayi. Namun, untuk tenaga neonatal seperti dokter spesialis anak yang fokus menangani kasus-kasus neonatal, jumlahnya masih terbatas. Sering kali kami harus berbagi jadwal atau meminta bantuan dari RS jejaring.”

Hasil wawancara kepada koordinator KIA dinkes Jepara didapatkan keterangan bahwa dalam hal perencanaan kebutuhan tenaga bidan, Dinas Kesehatan Jepara melakukan perencanaan setiap tahun berdasarkan data kebutuhan yang diinput dari tingkat Puskesmas. Perencanaan ini mengacu pada rasio ideal tenaga bidan per wilayah, dan juga memperhatikan

karakteristik wilayah, seperti geografis, jumlah kelahiran, serta potensi risiko kematian bayi.

“Perencanaan kebutuhan tenaga bidan kami lakukan setiap tahun melalui sistem perencanaan berbasis kebutuhan dari Puskesmas, kemudian dikompilasi di dinas. Kami menggunakan pendekatan rasio ideal dan juga mempertimbangkan wilayah geografis, jumlah kelahiran, serta potensi risiko kematian bayi. Koordinasi dilakukan dengan bagian perencanaan daerah dan BKD untuk penempatan ASN baru.”

Perencanaan yang matang ini belum sepenuhnya mampu mengatasi ketimpangan distribusi bidan di wilayah Jepara. Ibu D menjelaskan bahwa distribusi bidan saat ini cenderung lebih memadai di wilayah pusat kota dan dataran rendah, sementara daerah dengan karakter geografis sulit seperti kepulauan Karimunjawa dan pegunungan Donorojo masih mengalami kekurangan tenaga bidan yang signifikan.

“Belum sepenuhnya. Di wilayah pusat kota dan dataran rendah, rasio cukup baik. Namun di daerah kepulauan dan pegunungan seperti Karimunjawa dan Donorojo, distribusinya masih belum ideal. Ada desa yang hanya punya satu bidan untuk menjangkau beberapa dusun.”

Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan akses layanan kesehatan ibu dan anak yang menjadi faktor risiko peningkatan kematian bayi, khususnya di wilayah-wilayah terpencil yang secara geografis menantang.

Hasil wawancara kepada tenaga bidan didapatkan pernyataan bahwa ketersediaan alat dan fasilitas kesehatan juga dirasakan belum memadai. Alat resusitasi neonatal lengkap dan inkubator portabel belum tersedia, sehingga bidan harus mengandalkan improvisasi terutama saat merujuk bayi.

“Kami memiliki alat-alat dasar seperti timbangan bayi, termometer, dan stetoskop. Namun untuk pelayanan neonatal emergensi seperti alat resusitasi bayi lengkap (ambu bayi, tabung oksigen kecil, penghangat bayi), beberapa belum tersedia atau dalam kondisi kurang optimal. Inkubator portabel untuk rujukan juga belum ada. Kami masih mengandalkan improvisasi dalam menjaga suhu bayi selama rujukan.”

Bidan Ibu S dari Puskesmas T, Kecamatan Tahunan, memberikan gambaran serupa namun menekankan isu distribusi bidan yang tidak merata

di Kabupaten Jepara. Beberapa kecamatan padat penduduk mengalami kekurangan bidan, sementara pusat kota mengalami penumpukan tenaga.

“Secara keseluruhan, jumlah bidan di Kabupaten Jepara memang cukup tinggi. Namun, permasalahan utamanya adalah distribusi yang tidak merata. Beberapa wilayah kecamatan padat penduduk seperti Nalumsari, Mayong, dan Kalinyamatan kekurangan bidan, sedangkan di wilayah pusat kota ada penumpukan tenaga. Akibatnya, di daerah pinggiran, satu bidan bisa menangani puluhan ibu hamil dan bayi baru lahir dalam waktu bersamaan, yang tentu berdampak pada kualitas pelayanan.”

Fasilitas alat kesehatan neonatal yang memadai juga belum sepenuhnya tersedia di Puskesmas tempat Ibu S bertugas, dengan keterbatasan alat resusitasi lengkap, infant warmer, dan sistem transportasi oksigen portabel.

“Di puskesmas tempat saya bekerja, sarana seperti alat timbang digital, termometer, dan doppler tersedia. Namun untuk alat resusitasi neonatal yang lengkap, seperti infant warmer, CPAP portable, atau inkubator transport, masih belum tersedia. Bahkan untuk oksigen portabel saja sering kami harus berbagi dengan ruang lain. Ini menjadi kendala besar jika menghadapi kasus bayi gawat darurat.”

Dalam aspek fasilitas, sebagian besar Puskesmas dan Pos Pembantu Kesehatan Desa (Poskesdes) telah dilengkapi alat dasar seperti alat resusitasi bayi dan tabung oksigen, namun dalam jumlah terbatas. Alat yang lebih canggih seperti inkubator dan pemantau suhu digital belum tersedia merata di seluruh wilayah, terutama di Poskesdes.

“Untuk alat-alat dasar seperti resusitasi bayi dan tabung oksigen, sebagian besar tersedia, meski jumlahnya terbatas. Namun, alat yang lebih canggih seperti inkubator atau pemantau suhu digital belum tersedia di seluruh Pustu atau Poskesdes. Ini menjadi kendala saat terjadi komplikasi neonatal.”

Keterbatasan alat ini menjadi faktor penghambat dalam penanganan kasus komplikasi neonatal yang memerlukan intervensi cepat dan tepat. Secara umum, logistik obat-obatan dasar dan vitamin ibu bayi relatif tercukupi. Namun, terdapat kendala pada pengadaan bahan habis pakai dan alat penunjang neonatal yang sering datang terlambat atau tidak sesuai permintaan.

“Untuk beberapa bahan habis pakai dan alat penunjang neonatal, sering kali datang terlambat atau tidak sesuai permintaan. Hal ini menghambat kualitas pelayanan, khususnya dalam kasus darurat.”

Kondisi ini menimbulkan risiko penurunan mutu pelayanan dan menunda penanganan bayi berisiko.

Fasilitas pendukung neonatal di RSUD Kartini telah tersedia, termasuk ruang NICU, inkubator, dan alat resusitasi, namun kapasitas yang terbatas menjadi tantangan terutama saat terjadi lonjakan kasus kritis.

“Saat ini rumah sakit kami sudah memiliki ruang NICU dengan kapasitas terbatas, beberapa inkubator, CPAP, serta alat resusitasi bayi. Namun, bila terjadi lonjakan kasus atau ada bayi dengan kondisi kritis yang butuh tindakan intensif, kadang peralatan dan ruang rawat menjadi kurang mencukupi.”

Hasil wawancara kepada bidan didapatkan keterangan bahwa pelatihan bagi bidan terkait neonatal juga masih terbatas, terutama pelatihan lanjutan yang sangat diperlukan untuk menangani bayi risiko tinggi dan kondisi kegawatdaruratan neonatal.

“Pelatihan neonatal atau pelatihan resusitasi dasar memang pernah kami ikuti, tetapi itu sudah lebih dari dua tahun yang lalu. Belum semua bidan mendapatkan pelatihan lanjutan. Kami merasa perlu ada pelatihan berkelanjutan, terutama dalam manajemen bayi risiko tinggi dan kegawatdaruratan neonatal. Banyak ilmu yang sudah berkembang, tapi kami belum ter-update dengan pendekatan terbaru.”

Ibu A juga menyampaikan bahwa dukungan dari puskesmas dan dinas kesehatan masih terbatas, terutama dalam pengadaan alat dan pelatihan, serta adanya kendala koordinasi rujukan dengan rumah sakit.

“Dari pihak puskesmas, kami mendapat supervisi dan pembinaan secara berkala, namun dukungan dalam bentuk pengadaan alat atau pelatihan masih sangat terbatas. Koordinasi dengan rumah sakit kadang terkendala waktu dan birokrasi, terutama saat rujukan gawat darurat. Dinas kesehatan sudah mulai menekankan pentingnya penanganan neonatal, tapi implementasi di lapangan belum sepenuhnya mendukung.”

Pelatihan neonatal juga belum rutin diberikan dengan frekuensi ideal, dan dukungan logistik serta koordinasi rujukan masih mengalami kendala.

“Pelatihan resusitasi neonatus terakhir yang saya ikuti itu tahun 2021. Beberapa rekan saya bahkan belum pernah dapat pelatihan manajemen neonatal emergensi. Idealnya, setiap bidan yang bertugas di pelayanan primer diberikan pelatihan rutin minimal setahun sekali. Karena kondisi bayi bisa berubah cepat, kami butuh peningkatan keterampilan yang berkelanjutan, bukan hanya satu kali pelatihan.”

“Secara struktural, kami mendapat supervisi dari puskesmas dan dinas. Tetapi untuk implementasi di lapangan, kami masih merasa kurang mendapat dukungan logistik dan teknis. Koordinasi dengan rumah sakit rujukan kadang lambat, dan sistem transportasi belum mendukung rujukan cepat khusus untuk bayi baru lahir.”

Kepala Puskesmas menyebutkan bahwa pelatihan peningkatan kapasitas dalam bidang pelayanan neonatal, seperti Advanced Perinatal Neonatal (APN) dan resusitasi bayi baru lahir, sudah diberikan kepada beberapa bidan. Namun, cakupan pelatihan masih belum merata, khususnya pada bidan kontrak dan bidan muda.

“Beberapa bidan sudah mengikuti pelatihan seperti APN dan pelatihan resusitasi neonatal, tetapi tidak merata. Masih banyak bidan muda atau bidan kontrak yang belum mendapatkan pelatihan terbaru.”

Ketiadaan pelatihan yang merata ini berpotensi menurunkan kompetensi pelayanan neonatal, sehingga diperlukan pelatihan berkelanjutan yang sistematis.

Hasil wawancara direktur RS didapatkan jawaban bahwa untuk meningkatkan kompetensi tenaga bidan dan perawat dalam penanganan neonatal, RSUD Kartini secara rutin mengirimkan SDM-nya mengikuti pelatihan-pelatihan neonatal, seperti Advanced Pediatric Neonatal (APN) dan pelatihan resusitasi.

“Kami secara rutin mengirim bidan dan perawat untuk mengikuti pelatihan neonatal, termasuk APN dan pelatihan resusitasi neonatal. Kami juga mulai menjajaki kerja sama pelatihan dengan rumah sakit pendidikan dan asosiasi profesi untuk meningkatkan kualitas SDM.”

Hal ini menegaskan bahwa meskipun secara jumlah cukup, kualitas dan kemampuan SDM menjadi fokus perhatian utama demi meningkatkan layanan kesehatan bayi baru lahir.

Menurut narasumber disebutkan bahwa Dinas Kesehatan telah memberikan dukungan dalam bentuk supervisi, distribusi logistik, dan

pelatihan, meskipun belum maksimal dan belum menyentuh seluruh tenaga bidan secara langsung.

“Dinas sudah mendukung dalam bentuk supervisi, distribusi logistik, serta penyediaan pelatihan, walau belum maksimal. Kami juga mendapat dukungan pembinaan dari RS rujukan, tetapi pembinaan ini belum menyentuh seluruh bidan secara langsung.”

2. Proses (Pelaksanaan Tugas dan Prosedur)

Dalam pelaksanaan tugas, kedua bidan menguraikan prosedur penanganan bayi baru lahir yang mengikuti standar pemeriksaan APGAR, pemeriksaan fisik, dan observasi pasca persalinan. Namun keterbatasan alat serta tenaga memaksa tindakan darurat dilakukan secara improvisasi. Bidan Ibu A menjelaskan:

“Setelah persalinan, kami langsung melakukan penilaian APGAR dan pemeriksaan fisik lengkap. Bila ada kelainan atau tanda bahaya, kami mulai tindakan awal seperti penghangatan dan bantuan napas jika diperlukan. Namun karena keterbatasan alat, beberapa tindakan hanya bisa dilakukan seadanya sambil menunggu rujukan. Bila bayi dalam kondisi stabil, kami observasi selama 6 jam dan edukasi orang tua terkait tanda bahaya.”

Tantangan utama yang dihadapi adalah penanganan kasus asfiksia berat dan bayi prematur yang membutuhkan tindakan cepat dan alat lengkap, serta kendala transportasi rujukan.

“Bayi yang lahir dengan komplikasi seperti asfiksia berat atau berat badan lahir rendah menjadi tantangan tersendiri. Tantangan utama adalah waktu yang sempit untuk memberikan tindakan penyelamatan dan keterbatasan alat. Dalam beberapa kasus, kami kesulitan menemukan transportasi cepat dan aman untuk merujuk bayi, apalagi kalau kejadiannya malam hari. Kadang juga kami menghadapi penolakan dari keluarga karena ketidaktahuan atau masalah ekonomi.”

Kolaborasi antar tenaga kesehatan di tingkat puskesmas cukup berjalan, namun akses ke dokter spesialis anak dan koordinasi rujukan rumah sakit masih menjadi kendala signifikan.

“Kami cukup terbantu dengan adanya kolaborasi dengan perawat dan dokter di puskesmas. Tapi untuk penanganan kasus spesifik neonatal, kami sangat membutuhkan konsultasi dengan dokter spesialis anak,

yang mana tidak selalu mudah diakses. Rujukan sering kali harus melewati prosedur administratif yang memperlambat tindakan, padahal kondisi bayi tidak bisa menunggu.”

Terkait prosedur standar (SOP), meskipun tersedia, implementasinya terkendala oleh kondisi lapangan.

“SOP sudah tersedia dalam bentuk buku panduan maupun poster. Namun pada praktiknya, tidak semua tenaga kesehatan disiplin mengikuti SOP karena berbagai keterbatasan, seperti waktu, alat, dan situasi darurat. Perlu ada pelatihan ulang dan simulasi rutin agar SOP lebih membumi di lapangan.”

Bidan Ibu S mengonfirmasi hal serupa dan menambahkan bahwa proses rujukan sering tertunda karena berbagai kendala seperti ketersediaan kendaraan dan kesiapan keluarga.

“Saat menangani bayi baru lahir, prosedur awal seperti pemeriksaan APGAR, berat badan, dan refleks sudah kami lakukan. Bila ditemukan kondisi bahaya seperti napas lambat, hipotermia, atau berat lahir sangat rendah, kami langsung siapkan untuk rujukan. Namun proses rujukan sering tertunda karena kendaraan tidak tersedia atau keluarga belum siap secara finansial.”

Hasil wawancara kepada kepala puskesmas didapatkan jawaban bahwa pelayanan neonatal dimulai segera setelah kelahiran dengan pemeriksaan dan pemantauan tanda vital bayi. Kunjungan neonatal dijadwalkan pada hari ke-3, ke-7, dan ke-28 sesuai standar nasional. Namun, pelaksanaan kunjungan ini sering terkendala oleh faktor geografis dan jarak yang jauh.

“Setelah persalinan, bayi baru lahir langsung diperiksa dan dipantau tanda vitalnya. Bila ada risiko, segera dilakukan rujukan ke rumah sakit. Kunjungan neonatal dilakukan pada hari ke-3, ke-7, dan ke-28 sesuai standar. Namun pelaksanaannya kadang terhambat oleh jauhnya jarak dan kondisi geografis.”

Mekanisme rujukan gawat darurat sudah ada dan jejaring dengan rumah sakit rujukan juga terbentuk. Namun, kendala utama adalah akses transportasi dan komunikasi yang kurang memadai, seperti keterbatasan ambulans dan sinyal telepon yang tidak stabil.

“Kami punya mekanisme rujukan gawat darurat, tapi akses transportasi menjadi kendala. Kami juga sudah punya jejaring dengan

rumah sakit rujukan, namun komunikasi lintas fasilitas kadang terhambat karena keterbatasan sarana komunikasi cepat (misalnya ambulans dan sinyal telepon).”

Tantangan utama yang dihadapi meliputi kondisi geografis yang sulit dijangkau, kekurangan tenaga bidan di daerah pinggiran dan keterlambatan pengambilan keputusan oleh keluarga pasien yang kadang memilih penanganan non-medis terlebih dahulu. Hal ini dikuatkan dari hasil wawancara, yaitu;

“Kadang masyarakat masih memilih penanganan non-medis dulu, dan ini memperburuk kondisi bayi saat tiba di fasilitas layanan.”

Kolaborasi antar tenaga kesehatan, terutama antara bidan dan dokter Puskesmas, berjalan dengan baik di wilayah yang memiliki cukup tenaga kesehatan. Namun di daerah dengan hanya satu bidan, koordinasi menjadi sulit dan lambat.

“Kolaborasi cukup baik, khususnya antara bidan dan dokter Puskesmas. Namun, di daerah yang hanya memiliki bidan, koordinasi agak sulit dilakukan secara cepat. Perlu penguatan sistem rujukan dan komunikasi antar tenaga kesehatan.”

SOP pelayanan neonatal sudah disediakan dan disosialisasikan, tetapi penerapannya belum konsisten dan belum seluruh bidan memahami SOP secara detail atau melakukan pencatatan prosedur dengan baik.

“SOP pelayanan neonatal tersedia dan disosialisasikan. Namun implementasinya masih belum seragam. Sebagian bidan belum paham detail SOP atau tidak mencatat dengan baik setiap prosedur yang dilakukan.”

Hasil wawancara kepada direktur RS didapatkan jawaban bahwa penanganan bayi dengan risiko tinggi melibatkan proses rujukan yang sudah terstruktur antara puskesmas, klinik, dan RSUD Kartini. Namun, terdapat sejumlah hambatan praktis yang mengganggu kelancaran proses tersebut, seperti keterbatasan sarana transportasi dan faktor geografis daerah.

“Kami menerima banyak rujukan bayi risiko tinggi dari puskesmas atau klinik. Alurnya sudah tertata, namun kadang terjadi keterlambatan karena kondisi geografis atau keterbatasan ambulans

neonatal. Kami menyediakan hotline komunikasi dan tim resusitasi yang siap siaga untuk respons cepat.”

Keterlambatan dalam rujukan menjadi salah satu faktor risiko utama yang memengaruhi peningkatan kematian neonatal, khususnya pada kasus yang membutuhkan tindakan segera. Rumah sakit juga mulai menerapkan audit kematian neonatal (Audit Maternal and Perinatal Surveillance and Response, AMP-SR) untuk mengkaji kasus kematian bayi secara mendalam.

“Kami sudah mulai menerapkan AMP-SR, terutama untuk kasus kematian neonatal yang tidak jelas penyebabnya. Namun belum semua kasus bisa diaudit karena keterbatasan waktu dan SDM. Harapannya, audit ini bisa menjadi alat pembelajaran tim untuk mencegah kematian serupa.”

Audit ini menjadi alat evaluasi dan perbaikan layanan yang berkelanjutan, meskipun penerapannya masih menghadapi keterbatasan sumber daya.

Di sisi lain, kolaborasi antara rumah sakit dengan puskesmas dan Dinas Kesehatan terjalin cukup baik melalui forum koordinasi rutin.

“Kolaborasi cukup baik. Ada forum koordinasi rutin bersama Dinkes dan puskesmas. Kami juga berbagi data kematian dan rujukan untuk dianalisis bersama. Namun, kolaborasi ini bisa lebih diperkuat, terutama dalam pencegahan dan rujukan dini.”

Kerjasama lintas institusi ini menjadi tulang punggung dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bayi baru lahir di Kabupaten Jepara, namun tetap perlu penguatan terutama dalam hal pencegahan dan pengawasan dini.

Hasil wawancara kepada coordinator KIA dinkes didapatkan jawaban bahwa dalam menghadapi kekurangan tenaga bidan, Dinas Kesehatan Jepara telah menerapkan beberapa kebijakan strategis. Salah satu kebijakan penting adalah penugasan khusus bagi bidan yang ditempatkan di wilayah sulit akses. Selain itu, rekrutmen bidan juga dilakukan melalui jalur P3K dan usulan formasi CPNS untuk menambah jumlah tenaga ASN.

“Ya, kami memiliki kebijakan penugasan khusus untuk wilayah sulit akses. Selain itu, kami mengupayakan rekrutmen melalui P3K dan

usulan formasi CPNS. Untuk jangka pendek, kami mendorong optimalisasi peran bidan tidak tetap dan kolaborasi dengan kader kesehatan untuk tugas-tugas promotif dan preventif.”

Dukungan dalam bentuk pelatihan teknis rutin diberikan untuk meningkatkan kompetensi bidan, antara lain pelatihan Advanced Practice Nurse (APN), manajemen komplikasi neonatal, pencatatan dan pelaporan, serta pelatihan khusus seperti Early Essential Newborn Care (EENC) dan penggunaan alat resusitasi bayi. Hal ini menjadi upaya penting untuk mengatasi kesenjangan kompetensi di lapangan.

“Iya, setiap tahun kami mengadakan pelatihan APN, manajemen komplikasi neonatal, dan pelatihan pencatatan pelaporan. Tahun ini juga ada pelatihan Early Essential Newborn Care (EENC) dan pelatihan penggunaan alat resusitasi bayi.”

Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program KIA dilakukan secara berkala dengan menggunakan laporan bulanan dan kunjungan supervisi. Dinas menggunakan aplikasi SIMPUS dan e-Kinerja untuk melaporkan indikator kinerja, yang dievaluasi setiap triwulan dalam forum teknis bersama lintas sektor. Meski berbagai upaya telah dilakukan, kendala utama yang dihadapi masih sangat signifikan, terutama karena keterbatasan jumlah bidan di wilayah terpencil. Selain itu, kendala lain yang menghambat penurunan AKB adalah keterbatasan alat penunjang pelayanan neonatal dan rendahnya kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kunjungan neonatal.

“Kendala utama adalah keterbatasan tenaga, terutama di wilayah dengan akses sulit. Selain itu, masih ada kesenjangan kompetensi, kurangnya alat penunjang, dan rendahnya kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kunjungan neonatal.”

3. Output (Hasil dan Evaluasi)

Dalam aspek hasil, kedua narasumber mengakui masih terjadi kematian bayi dalam beberapa tahun terakhir, terutama pada hari-hari pertama kelahiran dan kasus bayi prematur atau komplikasi pernapasan. Ibu A menyebutkan:

“Dalam tiga tahun terakhir, wilayah kami mencatat penurunan angka kematian bayi, namun belum signifikan. Beberapa kasus kematian masih terjadi pada hari-hari pertama kelahiran, terutama bayi yang

dilahirkan prematur atau dengan komplikasi pernapasan. Kematian bayi yang terjadi di rumah saat menunggu rujukan juga masih ditemukan.”

Sedangkan Ibu S mencatat dua kasus kematian neonatal dalam satu tahun terakhir, yang belum mendapatkan audit dan evaluasi mendalam.

“Dalam satu tahun terakhir, saya menangani dua kasus kematian neonatal. Kedua kasus terjadi dalam 72 jam pertama pascakelahiran, salah satunya akibat infeksi dan satu lagi karena prematuritas dengan komplikasi pernapasan. Kami sudah mencatat kasus itu dalam laporan, tapi proses auditnya belum maksimal.”

Evaluasi pelayanan neonatal yang dilakukan selama ini lebih fokus pada capaian program dan laporan kuantitatif, belum pada mutu klinis dan evaluasi studi kasus secara mendalam.

“Evaluasi dilakukan secara berkala melalui mini lokakarya dan audit kasus, terutama jika terjadi kematian. Namun evaluasi lebih menekankan pada capaian indikator program, bukan pada mutu klinis. Kami butuh evaluasi yang lebih mendalam terhadap proses pelayanan neonatal, bukan hanya angka-angka laporan.” (Ibu A)

“Evaluasi internal dilakukan tiap bulan, tetapi belum spesifik fokus pada pelayanan neonatal. Kami lebih sering mengevaluasi cakupan kunjungan neonatal dan capaian program, bukan mutu penanganan kasus. Perlu adanya evaluasi mendalam berbasis studi kasus, seperti melalui AMP-SR secara konsisten.” (Ibu S)

Hasil wawancara kepada kepala Puskesmas didapatkan keterangan bahwa dalam dua hingga tiga tahun terakhir, angka kematian bayi di wilayah kerja Puskesmas N masih fluktuatif dengan kecenderungan meningkat di wilayah pinggiran dan pegunungan. Mayoritas kematian bayi terjadi pada 7 hari pertama kehidupan (masa neonatal awal), yang menunjukkan perlunya perhatian ekstra pada fase kritis tersebut.

“Dalam dua tahun terakhir, angka kematian bayi masih fluktuatif, dengan peningkatan terutama di wilayah pinggiran dan pegunungan. Kebanyakan kematian terjadi dalam 7 hari pertama kehidupan, yang menunjukkan adanya masalah pada masa neonatal awal.”

Evaluasi dilakukan rutin setiap triwulan dengan indikator seperti cakupan kunjungan neonatal, kelengkapan pencatatan, dan laporan kasus

risiko tinggi. Namun evaluasi kinerja individu bidan belum dilakukan secara mendalam.

“Evaluasi dilakukan setiap triwulan melalui rapat lintas program. Indikator yang digunakan antara lain cakupan kunjungan neonatal, kelengkapan pencatatan, dan laporan kasus neonatal risiko tinggi. Namun, evaluasi belum menyentuh aspek kinerja individu bidan secara rinci.”

Audit kasus kematian bayi dilakukan secara internal dalam rapat lintas program, dengan pelaksanaan Audit Maternal Perinatal-Perinatal (AMP-SR) yang masih belum rutin karena keterbatasan SDM dan waktu.

“Tindak lanjut biasanya dilakukan dalam bentuk audit internal bersama lintas program. Kami sudah memulai pelaksanaan AMP-SR, tetapi belum rutin pada semua kasus karena keterbatasan SDM dan waktu.”

Kondisi ketimpangan distribusi tenaga bidan dan keterbatasan sarana prasarana menjadi kendala utama dalam menurunkan AKB di Kabupaten Jepara. Daerah terpencil yang minim tenaga bidan memperburuk akses dan kualitas pelayanan neonatal, sehingga bayi berisiko tinggi mengalami komplikasi fatal. Keterbatasan sarana yang memadai, keterlambatan penanganan karena transportasi dan komunikasi, serta rendahnya kesadaran masyarakat dalam pengambilan keputusan medis menjadi faktor dominan peningkatan kematian bayi.

Hasil wawancara kepada direktur RS didapatkan keterangan bahwa data kematian bayi yang tercatat di RSUD Kartini dalam tiga tahun terakhir menunjukkan adanya tren peningkatan kasus bayi berat lahir rendah (BBLR) dan asfiksia yang menjadi penyebab utama kematian neonatal.

“Secara umum, angka kematian bayi yang kami tangani masih fluktuatif. Dalam 3 tahun terakhir, ada tren peningkatan kasus BBLR dan asfiksia yang menyebabkan angka kematian neonatal naik, meski sebagian besar sudah ditangani secara optimal di ruang NICU.”

Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun penanganan sudah dilakukan secara optimal, faktor risiko yang kompleks seperti BBLR dan asfiksia masih menjadi tantangan utama yang harus ditangani secara lebih preventif. RSUD Kartini secara rutin melakukan evaluasi terhadap kejadian

kematian bayi melalui audit medis internal untuk mengidentifikasi kelemahan pelayanan.

“Evaluasi dilakukan rutin, khususnya melalui audit medis internal. Kami identifikasi titik lemah dalam pelayanan, apakah keterlambatan tindakan, kondisi bayi saat datang, atau faktor rujukan dari faskes pertama. Evaluasi ini menjadi dasar peningkatan SOP.”

Hasil evaluasi ini menjadi pijakan untuk memperbaiki standar operasional prosedur (SOP) dan meningkatkan mutu pelayanan.

Direktur RS menyebutkan bahwa dalam menghadapi berbagai tantangan tersebut, RSUD Kartini telah menerapkan beberapa inovasi untuk menurunkan AKB, khususnya dalam mempercepat komunikasi dan respons terhadap kasus risiko tinggi.

“Kami mengembangkan sistem notifikasi dini untuk kasus risiko tinggi dari puskesmas melalui WhatsApp group khusus. Selain itu, kami mencoba menjalin kerja sama untuk menyiapkan ambulans neonatal dan mengembangkan pelatihan internal bagi tenaga perawat di ruang NICU.”

Penggunaan platform komunikasi sederhana dan efektif seperti WhatsApp sebagai media notifikasi dini mempercepat koordinasi antar faskes sehingga respon pelayanan bisa lebih cepat dan tepat sasaran. Selain itu, upaya peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan internal berkelanjutan juga diharapkan dapat meningkatkan kualitas penanganan bayi risiko tinggi di ruang NICU.

Hasil wawancara kepada koordinator KIA dinkes Jepara didapatkan keterangan bahwa data statistik yang dihimpun menunjukkan bahwa selama lima tahun terakhir, tren Angka Kematian Bayi di Kabupaten Jepara cenderung menurun, namun masih mengalami fluktuasi. Pada tahun 2019, AKB tercatat sebesar 10 per 1.000 kelahiran hidup, meningkat selama masa pandemi, dan tercatat sekitar 8,7 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2024. Meskipun demikian, terdapat beberapa kecamatan yang AKB-nya masih berada di atas rata-rata kabupaten.

“Secara umum ada penurunan, tapi fluktuatif. Pada tahun 2019 AKB tercatat 10 per 1.000 kelahiran hidup, kemudian naik di masa pandemi,

dan saat ini 2024 kita mencatat sekitar 8,7 per 1.000. Namun, masih ada kecamatan dengan AKB di atas rata-rata kabupaten.”

Ibu D menegaskan bahwa kekurangan tenaga bidan menjadi faktor signifikan yang memengaruhi capaian AKB di Kabupaten Jepara. Keterlambatan dalam mendeteksi risiko dan memberikan penanganan segera pada bayi baru lahir di daerah terpencil sangat rawan menyebabkan kematian neonatal.

“Ya, tentu. Kekurangan bidan, terutama di daerah terpencil, menyebabkan keterlambatan deteksi risiko pada bayi baru lahir. Jika tidak segera ditangani, bisa berujung pada kematian neonatal. Ini sangat berpengaruh terhadap capaian AKB.”

Sebagai upaya mengatasi persoalan tersebut, Dinas Kesehatan Jepara telah merumuskan strategi jangka pendek dan jangka panjang. Strategi jangka pendek meliputi peningkatan pelatihan bidan, penguatan sistem rujukan, dan penyediaan alat kesehatan neonatal. Sedangkan strategi jangka panjang diarahkan pada pemerataan distribusi bidan, peningkatan mutu layanan kesehatan melalui akreditasi Puskesmas, serta digitalisasi sistem monitoring untuk memastikan data akurat dan responsif.

“Untuk jangka pendek, kami fokus pada pelatihan, penguatan sistem rujukan, dan pengadaan alat kesehatan neonatal. Jangka panjangnya adalah distribusi tenaga secara merata, peningkatan kualitas pelayanan melalui program akreditasi Puskesmas, serta digitalisasi sistem pemantauan.”

Dukungan nyata kepada puskesmas dan bidan yang bertugas di lapangan juga terus ditingkatkan. Ini termasuk penguatan dana operasional Puskesmas, pemberian insentif khusus bagi bidan di daerah sulit, penambahan alat resusitasi neonatal, serta inovasi layanan berbasis teknologi seperti kunjungan rumah digital. Upaya advokasi untuk penambahan formasi bidan dalam perekrutan ASN yang disesuaikan kebutuhan juga terus dilakukan.

“Kami akan memperkuat dana operasional Puskesmas, memberikan insentif bagi bidan yang bertugas di daerah sulit, menambah alat resusitasi neonatal, serta mendukung inovasi pelayanan seperti kunjungan rumah berbasis teknologi. Kami juga akan terus

memperjuangkan formasi bidan dalam rekrutmen ASN agar lebih sesuai dengan kebutuhan.”

4.2 Faktor yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Bidan Dalam Upaya Menurunkan AKB

Dalam upaya mengkaji faktor pemenuhan kebutuhan sumber daya bidan sebagai bagian dari strategi penurunan angka kematian bayi (AKB) di Kabupaten Jepara, peneliti melakukan wawancara mendalam pada 4 Juni 2025 terhadap dua bidan pelaksana dari Puskesmas N (Mayong) dan Puskesmas T (Tahunan), serta Kepala Puskesmas N. Temuan ini kemudian dipadukan dengan wawancara triangulatif bersama Direktur RSUD Kartini dan Koordinator KIA Dinas Kesehatan Jepara untuk memperkuat validitas data.

Secara umum, terdapat tantangan signifikan dalam hal input sumber daya manusia, khususnya jumlah dan distribusi bidan. Ibu A dari Puskesmas N menyoroti hanya adanya dua bidan aktif di wilayah kerjanya, yang harus melayani poli KIA, kunjungan rumah, hingga persalinan. Hal serupa dikemukakan oleh Ibu S dari Puskesmas T, yang menyoroti adanya penumpukan tenaga di wilayah kota, sedangkan daerah padat penduduk dan terpencil seperti Nalumsari dan Kalinyamatan mengalami kekurangan tenaga. Dari segi sarana dan prasarana, keterbatasan alat emergensi neonatal seperti infant warmer, CPAP, dan oksigen portabel menjadi kendala nyata dalam pelayanan. Kedua bidan menyatakan belum tersedianya alat transportasi bayi dan inkubator portabel, yang sangat krusial dalam situasi rujukan gawat darurat. Terkait aspek kapasitas SDM, belum tersedianya pelatihan rutin dalam beberapa tahun terakhir menjadi hambatan. Pelatihan terakhir dilaporkan terjadi pada tahun 2021, tanpa ada pelatihan lanjutan hingga 2025, padahal perkembangan ilmu kegawatdaruratan neonatal menuntut pembaruan pengetahuan.

Dalam aspek proses pelayanan, meskipun sudah tersedia SOP dan protokol kerja, implementasinya kerap terkendala situasi darurat dan keterbatasan logistik, memaksa bidan mengambil keputusan cepat di luar prosedur baku. Sistem rujukan juga belum responsif, baik dari sisi armada, koordinasi, maupun fasilitas rujukan.

Dari sisi output, pelaksanaan evaluasi masih lebih menekankan capaian kuantitatif cakupan program seperti kunjungan neonatal dan persalinan di fasilitas kesehatan. Audit kasus neonatal yang bersifat kualitatif dan mendalam belum berjalan optimal karena keterbatasan SDM dan waktu.

4.3 Strategi Perencanaan, Distribusi, dan Penguatan Sumber Daya Bidan Secara Efektif dan Berkelanjutan

Berdasarkan hasil wawancara dan analisis data, strategi perencanaan, distribusi, dan penguatan sumber daya bidan di Kabupaten Jepara menunjukkan beberapa pola dan tantangan, yaitu;

Beberapa kepala puskesmas dan koordinator KIA menyatakan bahwa perencanaan kebutuhan SDM bidan masih mengandalkan data administratif tahunan, tanpa pembaruan berkala yang mempertimbangkan perubahan angka kelahiran, migrasi penduduk, atau kasus neonatal berisiko tinggi. Selain itu, keterbatasan sistem informasi kesehatan menyebabkan pemetaan kebutuhan tenaga kesehatan belum optimal dan tidak responsif terhadap kondisi darurat atau kekurangan mendadak.

“Formasi CPNS dan P3K sering kali tidak sesuai dengan kebutuhan lapangan. Kami sudah usul tapi tetap mengacu pada sistem pusat,” (Kepala Puskesmas).

Hasil wawancara menunjukkan bahwa distribusi bidan masih terpusat di wilayah yang mudah dijangkau. Wilayah kepulauan dan daerah pegunungan mengalami kekosongan atau kekurangan bidan, yang berdampak pada keterlambatan deteksi risiko kehamilan dan intervensi neonatal. Beberapa puskesmas menggunakan strategi rotasi atau “pinjam pakai” bidan dari wilayah lain, namun ini bersifat sementara dan tidak menyelesaikan akar masalah.

“Ada desa yang hanya punya satu bidan untuk tiga dusun, itu pun jaraknya jauh dan sinyal susah,” (Koordinator KIA).

Dinas Kesehatan dan beberapa RS rujukan telah melakukan pelatihan *Advanced Neonatal Care* (EINC, resusitasi, APN), tetapi pelatihan ini belum menjangkau seluruh bidan desa. Terlebih lagi, belum semua puskesmas memiliki

mentor atau trainer lokal, sehingga pelatihan masih bergantung pada RS atau narasumber eksternal.

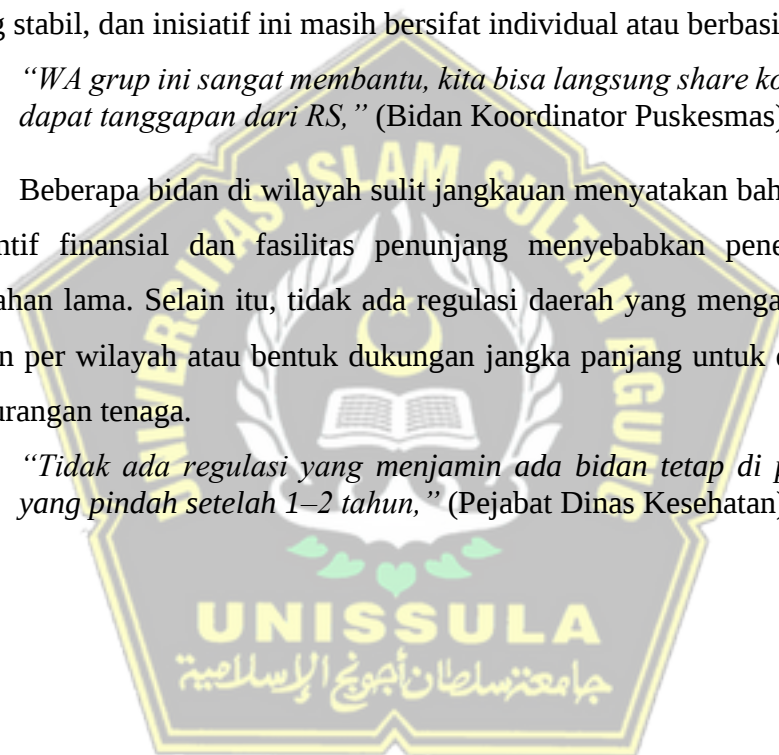
“Yang sudah ikut pelatihan APN lebih siap menghadapi BBLR, tapi yang belum ikut masih ragu-ragu dalam tindakan darurat,” (Direktur RS).

Beberapa wilayah mulai mengembangkan sistem rujukan cepat berbasis grup WhatsApp yang melibatkan bidan, dokter puskesmas, dan RS rujukan. Sistem ini memungkinkan penanganan dini kasus bayi risiko tinggi dan mempercepat rujukan. Namun, tidak semua wilayah memiliki akses internet yang stabil, dan inisiatif ini masih bersifat individual atau berbasis tim kecil.

“WA grup ini sangat membantu, kita bisa langsung share kondisi bayi dan dapat tanggapan dari RS,” (Bidan Koordinator Puskesmas).

Beberapa bidan di wilayah sulit jangkauan menyatakan bahwa kurangnya insentif finansial dan fasilitas penunjang menyebabkan penempatan tidak bertahan lama. Selain itu, tidak ada regulasi daerah yang mengatur rasio ideal bidan per wilayah atau bentuk dukungan jangka panjang untuk daerah dengan kekurangan tenaga.

“Tidak ada regulasi yang menjamin ada bidan tetap di pulau. Banyak yang pindah setelah 1–2 tahun,” (Pejabat Dinas Kesehatan).



BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Kondisi Sumber Daya Bidan dalam mendukung Pencapaian Indikator Kinerja AKB

Berdasarkan hasil penelitian dapat dibuat analisis SWOT sebagai gambaran kondisi sumber daya bidan dalam optimalisasi AKB sebagai berikut;

1. *Strengths* (Kekuatan)

- a. Tersedianya SOP dan protokol pelayanan neonatal di puskesmas dan RS.
- b. Komitmen tinggi dari tenaga kesehatan, meski dengan keterbatasan fasilitas.
- c. Kolaborasi aktif antara tenaga bidan, dokter umum, dan perawat di tingkat puskesmas dan RS.
- d. Adanya sistem digital untuk evaluasi program KIA melalui SIMPUS dan e-Kinerja.
- e. Ketersediaan fasilitas NICU dasar di RSUD, serta pelatihan berkala bagi tenaga RS.

2. *Weaknesses* (Kelemahan)

- a. Jumlah bidan belum mencukupi, terutama di wilayah padat dan terpencil.
- b. Maldistribusi tenaga, dengan konsentrasi di wilayah kota dan kekurangan di daerah rawan AKB.
- c. Keterbatasan alat emergensi neonatal (CPAP, inkubator, oksigen portabel, ambulans neonatal).
- d. Tidak adanya pelatihan berkelanjutan untuk bidan di lini primer.
- e. Implementasi SOP belum optimal karena keterbatasan logistik.
- f. Evaluasi mutu pelayanan klinis neonatal belum menjadi fokus utama.

3. *Opportunities* (Peluang)

- a. Adanya dukungan kebijakan pusat dan daerah melalui program CPNS/P3K dan DAK.
- b. Potensi kerjasama dengan RS pendidikan dan organisasi profesi dalam peningkatan kapasitas SDM.

- c. Inovasi pelayanan berbasis teknologi seperti telekonsultasi dan kunjungan rumah digital.
- d. Peluang pembentukan tim neonatal tanggap cepat di puskesmas rawat inap.

4. *Threats* (Ancaman)

- a. Risiko kelelahan bidan akibat beban kerja tinggi dan jumlah SDM terbatas.
- b. Ketidaksiapan keluarga terhadap rujukan karena alasan ekonomi dan minimnya pemahaman.
- c. Ketergantungan program SDM pada anggaran pusat yang tidak selalu fleksibel.
- d. Keterlambatan intervensi neonatal karena sistem rujukan yang tidak responsif.

Hasil analisis SWOT ini, dapat diketahui bahwa jumlah bidan belum memenuhi kebutuhan di wilayah Jepara. Hal ini didukung dari penelitian sebelumnya bahwa bidan belum menunjukkan kinerja yang maksimal dalam cakupan neonatal dan komplikasi neonatal yang masing-masing belum mencapai target. Selain itu jumlah bidan belum terdistribusi secara merata di berbagai daerah (Uktutias et al., 2023). Kurangnya sumber daya bidan mempengaruhi program pelayanan dalam suatu wilayah. Pemantauan Wilayah Setempat memerlukan pemenuhan sumber daya bidan secara proporsional (Ariyanti & Utami, 2022) Strategi pemerintah dalam menekan tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia adalah dengan menempatkan bidan di desa dan menggunakan pedoman Manajemen Terpadu Bayi Baru Lahir (MTBM) yang mengintegrasikan seluruh tahapan melalui deteksi dini dan penanganan yang efektif serta menyiapkan sumber daya bidan di setiap wilayah dengan memberikan pelatihan dan menyesuaikan kebutuhan berdasar beban kerja (Chitrarasmı et al., 2020).

Penguatan sumber daya bidan memerlukan pendekatan holistik yang mencakup pemerataan distribusi SDM, pelatihan berkelanjutan, optimalisasi SOP dan logistik, serta peningkatan kapasitas pelayanan melalui dukungan kebijakan dan teknologi. Strategi pemanfaatan peluang serta penguatan aspek

internal mutlak diperlukan untuk menjawab tantangan dalam penurunan angka kematian bayi secara berkelanjutan (Suparman, 2020). Pendekatan multifaset sangat penting untuk menekan angka kematian neonatal dini di Indonesia. Menetapkan kebijakan di tempat kerja, mendorong pemberdayaan perempuan, memperkuat sistem kesehatan, dan meningkatkan penerimaan layanan perawatan antenatal berkualitas tinggi merupakan beberapa langkah penting untuk mencegah kematian neonatal dini di Indonesia (Uktutias et al., 2023).

5.2 Faktor yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Bidan Dalam Upaya Menurunkan AKB

Pendekatan kualitatif matriks SWOT yang dikembangkan oleh Kearns merupakan pengembangan dari analisis SWOT klasik, yang tidak hanya mengidentifikasi *Strengths* (Kekuatan), *Weaknesses* (Kelemahan), *Opportunities* (Peluang), dan *Threats* (Ancaman), tetapi juga menghasilkan empat isu strategis utama melalui pertemuan antara faktor internal dan eksternal. Berikut adalah analisis IFAS (*Internal Factor Analysis Summary*) dan EFAS (*External Factor Analysis Summary*) berdasarkan gabungan wawancara bidan, direktur RS, dan koordinator KIA Dinkes Jepara terkait pemenuhan sumber daya bidan dalam optimalisasi pencapaian indikator Angka Kematian Bayi (AKB), serta strategi yang disusun dari analisis SWOT:

1. Analisis IFAS (*Internal Factor Analysis Summary*)

Tabel 5.1
Matrik *Internal Factor Analysis Summary* (IFAS)

Faktor Internal	Bobot	Rating	Skor Bobot x Rating
Strengths (Kekuatan)			
SOP dan panduan teknis neonatal tersedia	0.08	4	0.32
Kolaborasi antara bidan, perawat, dan dokter	0.07	4	0.28
Evaluasi program rutin dan mini lokakarya	0.06	3	0.18
Pelatihan rutin di RS (APN, EENC, Resusitasi)	0.08	4	0.32
Sistem pemantauan program digital (SIMPUS, e-Kinerja)	0.07	4	0.28
Ketersediaan NICU dan alat neonatal dasar di RS	0.06	3	0.18

Subtotal Strengths	0.42		1.56
Weaknesses (Kelemahan)			
Distribusi bidan tidak merata (wilayah kepulauan/pegunungan)	0.09	2	0.18
Keterbatasan alat emergensi neonatal di puskesmas	0.08	2	0.16
Belum semua kematian neonatal diaudit optimal	0.06	2	0.12
Beban kerja tinggi dan kelelahan bidan	0.06	2	0.12
Pelatihan tidak merata dan belum berkelanjutan	0.07	2	0.14
Keterbatasan sistem rujukan & ambulans neonatal	0.07	2	0.14
Subtotal Weaknesses	0.43		0.86
Skor Total IFAS = Strengths-Weaknesses = 1.56 – 0.86 = 0.70			

Hasil analisis tersebut diketahui bahwa ketersediaan SOP dan panduan teknis neonatal secara konsisten memandu praktik klinis di fasilitas layanan dasar hingga rujukan. Kolaborasi antarprofesi (bidan, perawat, dokter) sudah berjalan di banyak fasilitas kesehatan. Program pelatihan berkelanjutan, seperti APN dan EENC, dilakukan secara rutin di RS dan Puskesmas. Sistem digital pemantauan program, seperti SIMPUS dan e-Kinerja, turut mendukung pengawasan dan evaluasi. Kekuatan ini memberikan fondasi kuat dalam menurunkan AKB. Total skor *Strengths* sebesar 1.56, menandakan aspek positif yang dominan.

Meskipun memiliki kekuatan signifikan, beberapa kelemahan teridentifikasi, yaitu distribusi bidan yang tidak merata, khususnya di wilayah kepulauan dan pegunungan. Keterbatasan alat emergensi neonatal di puskesmas masih menjadi hambatan teknis dalam penanganan awal bayi baru lahir. Belum optimalnya audit kematian neonatal, yang menyebabkan kurangnya data akurat untuk intervensi berbasis bukti. Tingginya beban kerja bidan berkontribusi terhadap kelelahan dan *burnout*. Skor total *Weaknesses* sebesar 0.86, menunjukkan tantangan yang perlu segera diatasi. Skor total IFAS yang positif (+0.70) menunjukkan bahwa kekuatan internal lebih dominan dibandingkan kelemahan, namun kelemahan tetap signifikan dan

perlu diintervensi, terutama terkait distribusi bidan, ketersediaan alat neonatal, dan beban kerja.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa distribusi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK), khususnya tenaga bidan, yang tidak merata merupakan salah satu tantangan krusial dalam upaya penurunan angka kematian bayi (AKB) di Indonesia, termasuk di Kabupaten Jepara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa wilayah tertentu seperti daerah kepulauan, pegunungan, dan desa terpencil mengalami kekurangan tenaga bidan yang signifikan, sementara daerah pusat atau perkotaan cenderung mengalami kelebihan tenaga. Hal ini mencerminkan adanya ketidakseimbangan serius dalam penyediaan dan penempatan SDMK (Bilqis, 2023). Kondisi ini selaras dengan temuan Kementerian Kesehatan RI yang menyatakan bahwa meskipun jumlah bidan di Indonesia tergolong mencukupi secara nasional, distribusinya masih jauh dari ideal (Hermawan, 2021). Ketimpangan ini menyebabkan kesenjangan dalam akses pelayanan kesehatan ibu dan anak, terutama pada masa neonatal yang merupakan periode paling rentan terhadap kematian bayi (Amanda et al., 2024).

Permasalahan ini menandakan pentingnya pendekatan sistemik dalam perencanaan dan distribusi SDMK, dengan mengintegrasikan data kebutuhan lapangan, insentif berbasis kinerja, dan kebijakan afirmatif untuk daerah kekurangan tenaga. Upaya penguatan kapasitas lokal melalui pelatihan, mentor klinis, dan integrasi teknologi juga menjadi strategi pendukung yang penting untuk memastikan pelayanan kebidanan berjalan optimal meskipun di daerah sulit jangkauan. Ketidakseimbangan ini berdampak langsung pada ketidakterjangkauan pelayanan dasar seperti pemeriksaan kehamilan, deteksi dini komplikasi neonatal, dan intervensi awal pada bayi berisiko tinggi. Sejumlah Puskesmas di Kabupaten Jepara bahkan melaporkan harus "meminjam" bidan dari wilayah lain atau memberlakukan sistem rotasi antar desa sebagai solusi sementara, yang tidak berkelanjutan.

2. EFAS (*External Factor Analysis Summary*)

Tabel 5.2
Matrik *External Factor Analysis Summary* (IFAS)

Faktor Eksternal	Bobot	Rating	Skor Bobot x Rating
<i>Opportunities (Peluang)</i>			
Kerja sama dengan RS pendidikan & asosiasi profesi	0.09	4	0.36
Dukungan kebijakan pusat (DAK, CPNS, P3K)	0.08	3	0.24
Potensi inovasi digital (kunjungan rumah berbasis teknologi)	0.07	3	0.21
Pemanfaatan grup WA & sistem notifikasi dini	0.06	3	0.18
Pembentukan tim neonatal respon cepat di puskesmas	0.07	3	0.21
Subtotal Opportunities	0.37		1.20
<i>Threats (Ancaman)</i>			
Ketergantungan anggaran SDM pada pusat	0.08	2	0.16
Fluktuasi AKB karena bencana, pandemi, kesenjangan layanan	0.07	2	0.14
Rendahnya kesadaran masyarakat soal neonatal	0.06	2	0.12
Terbatasnya dokter anak dan lonjakan kasus BBLR	0.07	2	0.14
Keterlambatan rujukan akibat birokrasi dan geografi	0.07	2	0.14
Subtotal Threats	0.35		0.70
Skor Total EFAS = Opportunities – Threats = 1.20 – 0.70 = 0.50			

Beberapa peluang dari faktor eksternal yang mendukung penurunan AKB diantaranya adalah kerja sama dengan RS pendidikan dan asosiasi profesi dapat memperkuat pelatihan dan supervisi klinis. Kebijakan pusat seperti DAK, CPNS, dan P3K memberikan peluang penguatan SDM kesehatan. Inovasi digital seperti kunjungan rumah berbasis aplikasi dan grup komunikasi WhatsApp efektif untuk respon cepat. Pembentukan tim neonatal respon cepat di Puskesmas mempercepat pelayanan kasus emergensi bayi baru lahir. Skor total *Opportunities* sebesar 1.20, menunjukkan adanya ruang besar untuk penguatan melalui inovasi dan kebijakan nasional.

Ancaman eksternal yang berpotensi menghambat keberhasilan strategi penurunan AKB antara lain ketergantungan anggaran SDM pada pusat

membuat daerah kurang fleksibel dalam merekrut atau mendistribusi tenaga bidan. Kesenjangan layanan karena geografis dan fluktuasi bencana (banjir, pandemi) menyebabkan gangguan akses layanan neonatal. Keterlambatan rujukan akibat birokrasi dan minimnya ambulans neonatal berisiko tinggi pada bayi dengan komplikasi berat. Total skor Threats sebesar 0.70, dengan skor akhir EFAS sebesar +0.50 menandakan peluang eksternal lebih kuat dari ancamannya, walaupun tetap perlu mitigasi serius terhadap risiko-risiko struktural tersebut. Penelitian sebelumnya disebutkan bahwa tantangan dalam pelayanan kebidanan adalah proses dalam merujuk ibu dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas serta bayi baru lahir mengalami kendala karena bidan mempunyai terbatas dan pengalaman yang kurang (Ekasafitri et al., 2021). Proses rujukan perlu dibuat standar teknis dan Kerjasama lintas sectoral, termasuk Kerjasama dan kesadaran masyarakat (Addinni, 2023).

5.3 Strategi Perencanaan, Distribusi, dan Penguatan Sumber Daya Bidan Secara Efektif dan Berkelanjutan

Berdasarkan hasil IFAS dan EFAS, posisi strategi berada pada kuadran I (agresif) karena memiliki nilai kekuatan dan peluang yang tinggi. Hal ini menandakan bahwa upaya optimalisasi pencapaian indikator AKB di Jepara dapat difokuskan pada penguatan kapasitas internal (SDM, SOP, sistem digital) untuk menangkap peluang kerja sama, inovasi, dan dukungan kebijakan pusat. Strategi yang disarankan adalah SO strategi yang proaktif dan kolaboratif yang dijelaskan dalam table berikut;

Tabel 5.3
Strategi Berdasarkan Matriks SWOT

Jenis Strategi	Deskripsi Strategi
Strategi SO (Strength–Opportunity) Strategi Agresif: Memanfaatkan kekuatan untuk menangkap peluang	a. Kembangkan pelatihan berkelanjutan berbasis kerja sama dengan RS pendidikan dan asosiasi profesi. b. Gunakan sistem pemantauan digital dan SOP sebagai dasar pengembangan sistem notifikasi dini berbasis teknologi. c. Optimalkan mini lokakarya Puskesmas untuk pelatihan internal dan peningkatan mutu layanan

	neonatal.
Strategi WO (Weakness–Opportunity) Strategi Pemulihan: Mengatasi kelemahan dengan memanfaatkan peluang	a. Percepat distribusi bidan ke wilayah sulit dengan dukungan program CPNS/P3K dan insentif daerah. b. Adopsi inovasi teknologi seperti konsultasi daring dan kunjungan rumah digital untuk daerah minim SDM. c. Ajukan proposal DAK untuk pengadaan alat neonatal dasar dan ambulans neonatal.
Strategi ST (Strength–Threat) Strategi Diversifikasi: Menggunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman	a. Manfaatkan kolaborasi lintas sektor untuk mengedukasi masyarakat tentang bahaya neonatal dan pentingnya rujukan dini. b. Gunakan sistem audit neonatal dan pelatihan sebagai dasar pencegahan risiko lonjakan AKB pasca-bencana. c. Perkuat sistem SOP dan tim siaga neonatal untukantisipasi ketidakterjangkauan dokter spesialis anak.
Strategi WT (Weakness–Threat) Strategi Bertahan: Mengurangi kelemahan dan menghindari ancaman	a. Revitalisasi sistem rujukan melalui penyediaan ambulans neonatal khusus di daerah prioritas tinggi AKB. b. Bangun jejaring rujukan antar-Puskesmas dan RS berbasis sistem digital terintegrasi. c. Tingkatkan dukungan psikososial dan manajemen beban kerja bidan dengan sistem rotasi tugas dan rekrutmen lokal.

Strategi perencanaan, distribusi, dan penguatan sumber daya bidan secara efektif dan berkelanjutan tersebut dijelaskan secara detail sebagai berikut;

1. Strategi SO (*Strength–Opportunity*); Strategi Agresif: Memanfaatkan kekuatan untuk menangkap peluang

a. Pelatihan berkelanjutan berbasis kerja sama dengan RS pendidikan dan asosiasi profesi.

Tujuan	• Meningkatkan kompetensi, keterampilan klinis, dan pengetahuan bidan sesuai perkembangan evidence-based practice. • Memperkuat jejaring profesional antara bidan, rumah sakit pendidikan, dan organisasi profesi. • Menjamin distribusi bidan yang terampil dan siap pakai di berbagai fasilitas kesehatan.
Waktu	• Jangka pendek: Pelatihan dasar (refreshing) minimal 2 kali setahun.

	• Jangka menengah: Workshop tematik (asfiksia, BBLR, komplikasi neonatal, rujukan maternal) setiap 3 bulan. • Jangka panjang: Sertifikasi kompetensi (misalnya APN, PONEK, resusitasi neonatal) setiap 3–5 tahun sekali sesuai regulasi.
Sasaran	• Seluruh bidan di fasilitas kesehatan primer (Puskesmas, klinik) dan sekunder (RSUD, RS swasta di Kabupaten Jepara). • Prioritas: Bidan di daerah dengan angka kematian bayi tinggi. • Bidan baru/lulusan baru untuk program orientasi klinis.
Unit Terkait	• Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara. • RS Pendidikan (RSUP dr. Kariadi Semarang, RSUD RA Kartini Jepara.) → Fasilitator pelatihan klinis. • Asosiasi profesi (IBI, POGI, IDAI) sebagai penyedia kurikulum berbasis standar kompetensi nasional. • Puskesmas dan Bidan Desa sebagai sasaran utama penerapan keterampilan.
Instruktur	• Dokter Spesialis Obstetri & Ginekologi (POGI). • Dokter Spesialis Anak (IDAI). • Bidan klinis senior tersertifikasi APN & PONEK. • Akademisi dari perguruan tinggi kesehatan (Poltekkes/Universitas).
Materi	• Evidence-based practice dalam pelayanan maternal dan neonatal. • Emergency obstetric and neonatal care (EONC/EENC). • Asuhan kebidanan berkelanjutan (continuum of care). • Manajemen komplikasi obstetri dan neonatal. • Komunikasi efektif dan patient safety. • Pemanfaatan teknologi digital dalam pelayanan kebidanan. • Pencegahan infeksi (PPI). • Manajemen rujukan ibu-bayi. • Pendokumentasian asuhan berbasis standar.
Metode	• Teori: Kuliah interaktif & E-learning. • Praktik: Simulasi dengan manekin + praktik lapangan di RS pendidikan. • Evaluasi: Pre-test, post-test, dan penilaian keterampilan klinis (OSCE). • Mentoring dan peer review antar bidan.
Biaya	Sumber dana: • APBD (program KIA dan penurunan AKB). • Bantuan Kemenkes (program percepatan penurunan AKB).

	• Dukungan CSR dari BUMN/Swasta. • Iuran anggota asosiasi profesi (IBI). Estimasi per angkatan (30 peserta/3 hari): • Transport & akomodasi: Rp 30.000.000 • Honor instruktur & materi: Rp 20.000.000 • Alat simulasi & logistik: Rp 15.000.000 • Dokumentasi & sertifikat: Rp 5.000.000 Total: ± Rp 70.000.000
Output	• Bidan memiliki keterampilan terkini dalam manajemen kegawatdaruratan maternal-neonatal. • Meningkatnya kompetensi bidan di daerah rawan AKB. • Adanya standar pelatihan berkelanjutan yang terintegrasi dengan sistem rujukan.
Outcome	• Peningkatan kompetensi bidan dalam pelayanan maternal dan neonatal. • Penurunan angka rujukan yang tidak perlu karena kompetensi bidan meningkat. • Kontribusi terhadap penurunan AKB (Angka Kematian Bayi). • Terwujudnya distribusi bidan yang merata dengan standar kompetensi yang seragam. • Terciptanya sistem penguatan SDM bidan yang berkelanjutan dan adaptif.

b. Sistem pemantauan digital dan SOP sebagai dasar sistem notifikasi dini berbasis teknologi

Tujuan	• Mengembangkan sistem pemantauan digital untuk deteksi dini risiko pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir. • Menyusun SOP (Standard Operating Procedure) yang menjadi dasar sistem notifikasi dini berbasis teknologi. • Mempercepat alur informasi antara bidan, puskesmas, RS rujukan, dan Dinas Kesehatan. • Meningkatkan respons cepat dalam penanganan kasus obstetri dan neonatal gawat darurat.
Waktu	• Tahap perencanaan & pengembangan aplikasi: 6–12 bulan. • Uji coba sistem (pilot project) di beberapa puskesmas/RS: 3–6 bulan. • Implementasi penuh: jangka menengah (2–3 tahun) dengan evaluasi tahunan.
Sasaran	• Bidan di fasilitas kesehatan primer (puskesmas, klinik, praktik mandiri bidan).

	• Tenaga kesehatan di fasilitas rujukan (RS). • Dinas Kesehatan sebagai pengambil kebijakan dan monitoring. • Ibu hamil dan keluarga sebagai penerima manfaat tidak langsung.
Unit Terkait	• Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi. • Rumah Sakit rujukan (RSUD dan RS Pendidikan). • Puskesmas dan jejaring fasyankes. • Asosiasi profesi (IBI). • Tim IT pengembang aplikasi (pemerintah/mitra swasta). • Kominfo (untuk integrasi sistem digital dan keamanan data).
Instruktur	• Tim IT dan pengembang sistem aplikasi kesehatan. • Praktisi kesehatan digital (telemedicine, e-health). • Bidan senior dan tenaga kesehatan ahli maternal-neonatal. • Perwakilan Kemenkes/Dinkes terkait regulasi dan keamanan data.
Materi	• Dasar-dasar penggunaan aplikasi pemantauan ibu dan bayi. • SOP notifikasi dini: alur, standar data yang diinput, dan respon cepat. • Integrasi sistem dengan aplikasi existing (SatuSehat, e-Maternal, atau SIMPUS). • Manajemen data kesehatan dan keamanan data pasien. • Simulasi kasus deteksi dini risiko dan notifikasi otomatis.
Metode	• Workshop dan pelatihan penggunaan aplikasi digital. • Simulasi penggunaan sistem (case-based training). • Focus Group Discussion (FGD) untuk penyusunan SOP. • E-learning untuk pelatihan lanjutan dan refreshment. • Monitoring & evaluasi berkala (audit sistem dan feedback pengguna).
Biaya	• Sumber dana: APBD, APBN (Kemenkes), kerja sama CSR perusahaan teknologi, atau hibah. • Komponen: pengembangan aplikasi digital, server & infrastruktur jaringan, honor instruktur, pelatihan pengguna, modul & SOP, biaya monitoring. • Rp. 100.000.000,-
Output	• Aplikasi pemantauan digital terbangun dan dapat digunakan oleh tenaga kesehatan. • SOP notifikasi dini berbasis teknologi tersedia dan distandarisasi. • Tenaga kesehatan terlatih dalam penggunaan sistem. • Adanya laporan pemantauan kasus ibu hamil/bersalin/nifas dan bayi baru lahir secara real-time.
Outcome	• Peningkatan respons cepat terhadap kasus risiko tinggi

	pada ibu dan bayi. • Penurunan keterlambatan deteksi dan rujukan (delay). • Data kesehatan maternal-neonatal yang lebih akurat, real-time, dan terintegrasi. • Kontribusi terhadap penurunan AKB (Angka Kematian Bayi). • Terwujudnya sistem digital berkelanjutan untuk pemantauan dan penguatan layanan kebidanan.
--	--

2. Strategi WO (*Weakness–Opportunity*). Strategi Pemulihan: Mengatasi kelemahan dengan memanfaatkan peluang

a. Percepat distribusi bidan ke wilayah sulit dengan dukungan program CPNS/P3K dan insentif daerah

Tujuan	• Mempercepat pemerataan distribusi bidan ke daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. • Meningkatkan motivasi dan retensi bidan melalui mekanisme CPNS/P3K dan insentif daerah. • Menjamin ketersediaan pelayanan kebidanan yang merata sebagai upaya menurunkan AKB.
Waktu	• Jangka pendek: Perencanaan & pendataan kebutuhan (0–6 bulan). • Jangka menengah: Rekrutmen CPNS/P3K dengan kuota khusus tenaga kesehatan (1–2 tahun). • Jangka panjang: Sistem insentif daerah yang berkelanjutan dan monitoring distribusi (≥ 3 tahun).
Sasaran	• Bidan lulusan baru dan bidan non-PNS yang siap ditempatkan di daerah sulit. • Fasilitas kesehatan di wilayah 3T (Terdepan, Terpencil, Tertinggal). • Pemerintah daerah sebagai penentu kebijakan alokasi.
Unit Terkait	• Kementerian Kesehatan (Kemenkes). • Kementerian PAN-RB (untuk kebijakan CPNS/P3K). • Pemerintah Daerah (Dinkes Kabupaten/Kota, Bappeda). • Badan Kepegawaian Daerah (BKD). • Asosiasi profesi bidan (IBI).
Instruktur	• Kementerian PAN-RB terkait mekanisme CPNS/P3K. • Pemerintah daerah terkait regulasi insentif daerah. • Pakar kebijakan kesehatan dan distribusi tenaga kesehatan. • Bidan senior yang berpengalaman bertugas di wilayah sulit (sharing session).
Materi	• Kebijakan distribusi tenaga kesehatan berbasis kebutuhan daerah.

	• Mekanisme CPNS/P3K untuk tenaga kesehatan. • Skema insentif daerah (finansial dan non-finansial). • Hak dan kewajiban bidan di daerah sulit. • Strategi adaptasi dan keberlanjutan pelayanan kebidanan di wilayah 3T.
Metode	• Workshop koordinasi pusat-daerah. • Sosialisasi kebijakan rekrutmen CPNS/P3K khusus bidan. • Pelatihan adaptasi wilayah terpencil (survival training, komunikasi lintas budaya). • Mentoring oleh bidan senior yang pernah bertugas di daerah 3T.
Biaya	• Sumber dana: APBN (formasi CPNS/P3K), APBD (insentif daerah), CSR, atau hibah. • Komponen: biaya rekrutmen, pelatihan adaptasi, honor narasumber, insentif bulanan, biaya transportasi/akomodasi bidan di daerah 3T.
Output	• Adanya kuota CPNS/P3K khusus tenaga kebidanan di daerah sulit. • Regulasi insentif daerah terbit dan diimplementasikan. • Bidan terdistribusi sesuai kebutuhan (pemetaan supply-demand). • Dokumen kebijakan dan laporan monitoring distribusi bidan.
Outcome	• Peningkatan ketersediaan bidan di daerah sulit. • Meningkatnya motivasi dan retensi bidan karena adanya insentif dan status kepegawaian. • Penurunan kesenjangan pelayanan kebidanan antar wilayah. • Kontribusi pada penurunan AKB secara merata di semua daerah. • Terbangunnya sistem distribusi tenaga bidan yang adil, efektif, dan berkelanjutan.

b. Adopsi inovasi teknologi seperti konsultasi daring dan kunjungan rumah digital untuk daerah minim SDM

Tujuan	• Memperluas akses layanan kebidanan di daerah minim SDM melalui telekonsultasi dan kunjungan rumah digital. • Memberikan alternatif pelayanan berbasis teknologi agar masyarakat tetap mendapat layanan maternal dan neonatal. • Mengurangi hambatan geografis dan keterbatasan tenaga kesehatan di wilayah 3T.
Waktu	• Jangka pendek (0–6 bulan): Pengembangan platform telekonsultasi & aplikasi kunjungan rumah digital.

	• Jangka menengah (1–2 tahun): Uji coba (pilot project) di beberapa wilayah minim SDM. • Jangka panjang (≥ 3 tahun): Implementasi skala penuh dengan integrasi ke sistem kesehatan nasional (SatuSehat/Kemenkes).
Sasaran	• Bidan dan tenaga kesehatan di daerah minim SDM. • Ibu hamil, ibu nifas, dan keluarga di wilayah terpencil/3T. • Dinas Kesehatan sebagai regulator dan pengawas.
Unit Terkait	• Kementerian Kesehatan (Kemenkes). • Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. • Puskesmas dan jejaring fasyankes. • Rumah Sakit rujukan untuk telekonsultasi lanjutan. • Asosiasi profesi (IBI). • Tim IT pengembang aplikasi kesehatan digital. • Kominfo (untuk infrastruktur jaringan dan keamanan data).
Instruktur	• Praktisi telemedicine dan digital health. • Dokter spesialis obgyn/anak untuk konsultasi daring. • Bidan senior yang berpengalaman menggunakan teknologi digital. • Tim IT untuk pelatihan penggunaan aplikasi.
Materi	• Pengenalan telekonsultasi dan mekanisme kunjungan rumah digital. • SOP penggunaan aplikasi dan alur rujukan digital. • Keamanan data pasien dan etika pelayanan kesehatan berbasis teknologi. • Simulasi telekonsultasi dan pendampingan kasus real-time. • Manajemen risiko dan troubleshooting teknis.
Metode	• Workshop pelatihan penggunaan aplikasi. • Simulasi layanan telekonsultasi dan kunjungan rumah digital. • Pendampingan teknis (mentoring online/offline). • E-learning untuk pembaruan kompetensi. • Monitoring & evaluasi efektivitas layanan.
Biaya	• Sumber dana: APBN/APBD (program digital health), CSR perusahaan teknologi, hibah donor internasional. • Komponen: pengembangan aplikasi, infrastruktur server & jaringan, honor instruktur, perangkat digital (tablet/smartphone untuk bidan), biaya pelatihan, dan operasional monitoring. • Rp.200.000.000,-
Output	• Tersedianya platform telekonsultasi dan aplikasi kunjungan rumah digital. • SOP layanan digital tersusun dan diimplementasikan. • Tenaga kesehatan terlatih dalam penggunaan sistem.

	• Adanya laporan jumlah telekonsultasi dan kunjungan rumah digital yang dilakukan.
Outcome	• Meningkatnya akses layanan kebidanan di wilayah minim SDM. • Penurunan keterlambatan pelayanan (delay) karena jarak dan keterbatasan tenaga. • Peningkatan kepuasan ibu dan keluarga terhadap layanan kebidanan. • Penurunan angka komplikasi maternal dan neonatal di daerah terpencil. • Terwujudnya sistem pelayanan kebidanan berbasis digital yang adaptif, berkelanjutan, dan inklusif.

- c. Ajukan proposal DAK untuk pengadaan alat neonatal dasar dan ambulans neonatal.

Tujuan	• Memenuhi ketersediaan alat neonatal dasar di fasilitas kesehatan primer dan rujukan. • Menyediakan ambulans neonatal yang memadai untuk mempercepat rujukan kegawatdaruratan bayi baru lahir. • Mendukung peningkatan mutu pelayanan neonatal dan menurunkan angka kematian bayi (AKB).
Waktu	• Jangka pendek (0–6 bulan): Penyusunan proposal DAK (Dana Alokasi Khusus) bidang kesehatan. • Jangka menengah (1 tahun): Proses verifikasi, pengajuan, dan pencairan DAK. • Jangka panjang (≥ 2 tahun): Implementasi pengadaan alat neonatal dasar dan ambulans neonatal serta monitoring pemanfaatannya.
Sasaran	• Puskesmas dan jejaring fasyankes di daerah dengan AKB tinggi. • Rumah sakit tipe C/D yang membutuhkan penguatan sarana neonatal. • Tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) sebagai pengguna alat dan ambulans neonatal. • Bayi baru lahir sebagai penerima manfaat utama.
Unit Terkait	• Kementerian Kesehatan (Ditjen Pelayanan Kesehatan & Ditjen Yankes). • Bappeda (untuk sinkronisasi perencanaan daerah). • Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. • Fasyankes penerima alat & ambulans (puskesmas/RS). • Bagian Perencanaan & Keuangan Pemda (untuk koordinasi anggaran).
Instruktur	• Tim perencanaan Dinkes terkait penyusunan proposal DAK.

	• Pakar perencanaan kesehatan & pengadaan barang. • Perwakilan Kemenkes bidang perencanaan anggaran. • Praktisi klinis neonatal (dokter anak, bidan neonatus) untuk menentukan spesifikasi alat yang dibutuhkan.
Materi	• Pedoman teknis pengajuan DAK bidang kesehatan. • Proses penyusunan proposal berbasis kebutuhan (evidence-based planning). • Spesifikasi alat neonatal dasar (inkubator, resusitasi bayi, fototerapi, radiant warmer). • Standar ambulans neonatal dan kelengkapannya. • Monitoring & evaluasi pemanfaatan alat dan ambulans.
Metode	• Workshop penyusunan proposal DAK. • Focus Group Discussion (FGD) pemetaan kebutuhan fasyankes. • Konsultasi teknis dengan Kemenkes dan Bappeda. • On-site survey untuk validasi kebutuhan alat neonatal & transportasi.
Biaya	• Sumber dana: DAK fisik bidang kesehatan, APBD pendamping, atau hibah. • Komponen: penyusunan proposal, koordinasi & konsultasi teknis, pengadaan alat neonatal dasar, pengadaan ambulans neonatal, pelatihan penggunaan alat, serta biaya pemeliharaan. • Rp.500.000.000,-
Output	• Proposal DAK tersusun dan diajukan ke Kemenkes. • Disetujui dan terealisasi anggaran pengadaan alat neonatal dasar dan ambulans neonatal. • Fasyankes target menerima alat neonatal dasar sesuai kebutuhan. • Minimal 1 unit ambulans neonatal beroperasi di setiap kabupaten prioritas.
Outcome	• Peningkatan kesiapan fasyankes dalam menangani kasus neonatal. • Percepatan rujukan kegawatdaruratan neonatal. • Penurunan angka keterlambatan penanganan (delay II dan III). • Penurunan AKB secara signifikan di daerah intervensi. • Terciptanya sistem layanan neonatal yang lebih komprehensif dan berkelanjutan.

3. **Strategi ST (Strength–Threat).** Strategi Diversifikasi: Menggunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman

a. Manfaatkan kolaborasi lintas sektor untuk mengedukasi masyarakat tentang bahaya neonatal dan pentingnya rujukan dini

Tujuan	• Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang tanda bahaya neonatal. • Mendorong kesadaran keluarga untuk segera melakukan rujukan dini bila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir. • Memperkuat kolaborasi lintas sektor dalam upaya penurunan AKB.
Waktu	• Jangka pendek (0–6 bulan): Penyusunan modul edukasi dan koordinasi lintas sektor. • Jangka menengah (1 tahun): Pelaksanaan edukasi masyarakat melalui berbagai media. • Jangka panjang (≥ 2 tahun): Integrasi program edukasi dalam kegiatan lintas sektor (PKK, Posyandu, Karang Taruna, sekolah).
Sasaran	• Ibu hamil, ibu nifas, dan keluarga. • Kader kesehatan (Posyandu, PKK). • Remaja dan masyarakat umum di wilayah dengan risiko tinggi AKB.
Unit Terkait	• Dinas Kesehatan. • Puskesmas dan jejaring Posyandu. • Organisasi PKK, Karang Taruna, tokoh agama/tokoh masyarakat. • Dinas Pendidikan (untuk edukasi di sekolah). • Media lokal dan komunitas.
Instruktur	• Dokter spesialis anak/obgyn. • Bidan senior dan tenaga kesehatan di puskesmas. • Tokoh masyarakat/agama untuk pendekatan kultural. • Praktisi komunikasi kesehatan masyarakat.
Materi	• Tanda bahaya neonatal (napas cepat, kejang, sulit menyusu, demam/hipotermia, kuning dini, diare berat). • Pentingnya rujukan dini ke fasilitas kesehatan. • Peran keluarga dalam mendukung kesehatan bayi baru lahir. • Alur rujukan dari Posyandu → Puskesmas → Rumah sakit. • Hak ibu dan bayi dalam memperoleh layanan kesehatan.
Metode	• Edukasi langsung melalui kelas ibu hamil/nifas. • Penyuluhan di Posyandu, sekolah, dan pertemuan PKK. • Media digital: video edukasi, media sosial, grup WhatsApp desa. • Penyebaran leaflet, poster, dan spanduk di fasilitas umum. • Talkshow di radio/TV lokal dan pengajian/karang taruna.
Biaya	• Sumber dana: APBD kesehatan, dukungan lintas sektor (PKK, CSR), dana desa. • Komponen: penyusunan modul/leaflet, biaya pelatihan kader, honor narasumber, media komunikasi (banner,

	poster, video), transportasi tim edukasi. • Rp.100.000.000,-
Output	• Terselenggaranya kegiatan edukasi lintas sektor secara rutin. • Modul dan media edukasi tentang bahaya neonatal tersedia. • Kader, ibu, dan masyarakat memiliki peningkatan pengetahuan. • Terbentuk jejaring kolaborasi lintas sektor yang aktif.
Outcome	• Meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap tanda bahaya neonatal. • Peningkatan kepatuhan keluarga dalam melakukan rujukan dini. • Penurunan keterlambatan pengambilan keputusan (delay I). • Penurunan angka kematian neonatal secara berkelanjutan. • Terciptanya budaya kesehatan preventif dan kolaboratif di masyarakat.

- b. Gunakan sistem audit neonatal dan pelatihan sebagai dasar pencegahan risiko lonjakan AKB pasca-bencana

Tujuan	• Meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan audit kasus neonatal sebagai upaya evaluasi mutu pelayanan pasca-bencana. • Meminimalisir risiko lonjakan Angka Kematian Bayi (AKB) melalui sistem audit dan pelatihan yang terintegrasi.
Waktu	6–12 bulan (dilaksanakan segera setelah fase tanggap darurat dan berlanjut pada fase pemulihan).
Sasaran	• Tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) di fasilitas kesehatan terdampak bencana. • Pengelola program KIA/Neonatal di tingkat puskesmas dan rumah sakit.
Unit Terkait	• Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota • RS Rujukan Neonatal • Puskesmas terdampak • Organisasi profesi (IDI, IBI, PPNI) • BNPB/BPBD untuk dukungan pasca-bencana
Instruktur	• Dokter spesialis anak/neonatologis • Tim ahli KIA dan perinatologi • Fasilitator dari Kementerian Kesehatan atau Dinkes Provinsi
Materi	• Prinsip audit maternal perinatal dan neonatal • Identifikasi faktor risiko dan penyebab kematian neonatal

	• Pencegahan dan manajemen kasus neonatal pasca-bencana • Penguatan sistem rujukan neonatal darurat
Metode	• Workshop dan simulasi kasus audit neonatal • Diskusi kelompok terarah (FGD) • On-the-job training di RS dan puskesmas • Monitoring & evaluasi berkala
Biaya	Anggaran DAK kesehatan, APBD, serta kemungkinan dukungan donor/NGO pasca-bencana Rp. 100.000.000,-
Output	• Terbentuknya tim audit neonatal pasca-bencana di fasilitas kesehatan. • Tersusunnya laporan audit neonatal secara berkala. • Tenaga kesehatan terlatih dalam audit dan pencegahan risiko kematian neonatal.
Outcome	• Peningkatan mutu pelayanan neonatal pasca-bencana. • Penurunan risiko lonjakan AKB di wilayah terdampak bencana. • Terwujudnya sistem pembelajaran berkelanjutan dari setiap kasus kematian neonatal.

c. Perkuat sistem SOP dan tim siaga neonatal untukantisipasi ketidakterjangkauan dokter spesialis anak

Tujuan	Meningkatkan kesiapsiagaan fasilitas kesehatan melalui SOP yang jelas dan pembentukan tim siaga neonatal sehingga pelayanan tetap optimal meski terjadi keterbatasan dokter spesialis anak.
Waktu	Jangka menengah (6–12 bulan) untuk penyusunan SOP, pelatihan, dan uji coba implementasi.
Sasaran	Tenaga kesehatan (dokter umum, bidan, perawat), manajemen rumah sakit/puskesmas, serta unit pelayanan neonatal.
Unit Terkait	Dinas Kesehatan, rumah sakit daerah, puskesmas, IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia), organisasi profesi bidan (IBI), BPBD (untuk kesiapsiagaan bencana).
Instruktur	Dokter spesialis anak (konsultan), dokter umum senior, instruktur pelatihan kegawatdaruratan neonatal (APN/EENC), serta tim manajemen mutu rumah sakit.
Materi	• SOP penanganan kasus neonatal saat tidak tersedia dokter spesialis • Protokol rujukan dan komunikasi efektif antar fasilitas • Manajemen kegawatdaruratan neonatal (resusitasi, stabilisasi, transportasi)

	• Peran tim siaga neonatal lintas profesi.
Metode	Workshop penyusunan SOP, simulasi kasus (role play, drill), table-top exercise (TTX) untuk skenario darurat, dan evaluasi berkala.
Biaya	Pengadaan materi pelatihan, honor instruktur, logistik kegiatan, serta anggaran operasional untuk penyusunan dan sosialisasi SOP. Rp. 50.000.000,-
Output	• SOP kesiapsiagaan neonatal tersusun dan terimplementasi • Tim siaga neonatal terbentuk dan terlatih • Simulasi rutin berjalan di fasilitas kesehatan.
Outcome	• Respon cepat dan terstandar dalam penanganan kasus neonatal tanpa ketergantungan penuh pada dokter spesialis • Penurunan risiko kematian neonatal akibat keterlambatan penanganan • Meningkatnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan neonatal di fasilitas kesehatan.

4. **Strategi WT (Weakness–Threat).** Strategi Bertahan: Mengurangi kelemahan dan menghindari ancaman

a. Revitalisasi sistem rujukan melalui penyediaan ambulans neonatal khusus di daerah prioritas tinggi AKB

Tujuan	Meningkatkan aksesibilitas dan kecepatan rujukan neonatus gawat darurat dengan sarana transportasi medis yang sesuai standar, guna menurunkan risiko keterlambatan penanganan dan angka kematian bayi (AKB).
Waktu	Pelaksanaan program direncanakan dalam jangka menengah (1–3 tahun) dengan tahapan: • Tahun I: Identifikasi daerah prioritas, pengadaan unit ambulans neonatal, dan perekrutan tenaga pendukung. • Tahun II: Implementasi operasional dan monitoring awal. • Tahun III: Evaluasi efektivitas serta penguatan jejaring rujukan.
Sasaran	• Neonatus dengan kondisi gawat darurat di wilayah prioritas tinggi AKB. • Fasilitas kesehatan primer (puskesmas dengan layanan persalinan dasar). • Rumah sakit rujukan tingkat kabupaten/kota.
Unit Terkait	• Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi. • Puskesmas prioritas tinggi AKB. • RS rujukan neonatal (RSUD, RS swasta mitra).

	• Organisasi profesi (IDAI, IBI). • Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) untuk koordinasi kondisi darurat.
Instruktur	Tim dokter spesialis anak (konsultan perinatologi), perawat/bidan neonatal terlatih, dan instruktur transportasi medis neonatal.
Materi	• Standar operasional transportasi neonatal. • Stabilitas bayi sebelum transportasi. • Penggunaan peralatan khusus (inkubator transport, ventilator portable, monitor vital). • Komunikasi efektif antar-fasilitas dalam rujukan. • Keselamatan pasien selama transportasi.
Metode	• Pelatihan kelas (teori). • Simulasi lapangan transportasi neonatal. • On-the-job training di rumah sakit rujukan. • Audit kasus transportasi neonatal pasca-rujukan.
Biaya	• Investasi awal: pengadaan ambulans neonatal, inkubator transport, ventilator portable, dan perlengkapan monitoring. • Operasional: bahan bakar, pemeliharaan, dan biaya tenaga medis pendamping. • Pelatihan: modul, instruktur, dan biaya logistik pelatihan. • Rp. 50.000.000,-
Output	• Tersedianya unit ambulans neonatal khusus di wilayah prioritas. • Tenaga medis terlatih dalam transportasi neonatal. • SOP transportasi neonatal terintegrasi dalam sistem rujukan kabupaten/kota.
Outcome	• Waktu tunggu rujukan neonatal berkurang secara signifikan. • Penurunan keterlambatan penanganan kasus gawat darurat neonatal. • Penurunan angka kematian bayi (AKB) di wilayah prioritas.

b. Bangun jejaring rujukan antar-Puskesmas dan RS berbasis sistem digital terintegrasi.

Tujuan	Meningkatkan kecepatan, akurasi, dan koordinasi rujukan neonatal antara Puskesmas dan Rumah Sakit melalui pemanfaatan sistem digital terintegrasi.
Waktu	12 bulan (tahap perencanaan, pengadaan sistem, pelatihan, implementasi, evaluasi).
Sasaran	• Puskesmas dengan layanan KIA dan persalinan. • Rumah Sakit rujukan neonatal (RSUD, RS swasta, RS ibu

	dan anak). • Tenaga kesehatan (bidan, perawat, dokter umum, dokter spesialis).
Unit Terkait	• Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota & Provinsi. • Puskesmas dan Rumah Sakit. • Dinas Kominfo (untuk dukungan sistem digital). • BPJS Kesehatan (untuk integrasi pembiayaan).
Instruktur	• Tim IT Kesehatan/Dinkes. • Dokter spesialis anak/obstetri (untuk standar klinis rujukan). • Manajer mutu rumah sakit/puskesmas.
Materi	• SOP rujukan berbasis digital. • Penggunaan aplikasi rujukan terintegrasi. • Manajemen risiko dalam proses rujukan. • Pemeliharaan keamanan data pasien.
Metode	• Workshop dan simulasi penggunaan sistem. • Pelatihan hybrid (offline dan online). • Pendampingan teknis di lapangan. • Evaluasi dan audit rujukan berkala.
Biaya	• Pengembangan/pengadaan aplikasi dan server. • Pelatihan dan workshop (logistik, modul, instruktur). • Operasional (internet, perangkat keras/komputer/tablet). • Monitoring dan evaluasi. • Rp. 50.000.000,-
Output	• Tersedianya sistem rujukan digital terintegrasi antar-Puskesmas dan RS. • Tenaga kesehatan terlatih dalam penggunaan sistem. • SOP rujukan digital yang terimplementasi.
Outcome	• Waktu rujukan neonatal lebih cepat dan terpantau. • Penurunan kasus keterlambatan rujukan yang berdampak pada kematian bayi. • Sistem rujukan neonatal lebih efisien, transparan, dan terkoordinasi lintas fasilitas kesehatan.

Upaya menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Jepara sangat bergantung pada keberhasilan dalam merencanakan, mendistribusikan, dan memperkuat sumber daya bidan secara strategis. Berdasarkan hasil analisis SWOT, strategi efektif dan berkelanjutan dalam pengelolaan sumber daya bidan harus dilakukan secara menyeluruh melalui integrasi kekuatan internal dan pemanfaatan peluang eksternal, serta secara simultan mengatasi kelemahan dan mengantisipasi berbagai ancaman.

1. Perencanaan Berbasis Data dan Evaluasi Berkelanjutan

Perencanaan SDM bidan perlu dilakukan berbasis data kebutuhan riil layanan neonatal dan AKB per wilayah, dengan mempertimbangkan rasio bidan-ibu-melahirkan, jarak akses geografis, serta beban kerja bidan. Dalam hal ini, pemanfaatan sistem digital seperti e-Kinerja dan SIMPUS menjadi kekuatan utama untuk mendukung sistem pemantauan dan pelaporan kebutuhan SDM secara *real-time*. Evaluasi program yang dilakukan secara berkala melalui mini lokakarya di puskesmas juga menjadi instrumen penting untuk menyelaraskan perencanaan SDM dengan kondisi lapangan, serta untuk mendeteksi masalah distribusi dan kapasitas pelayanan sedini mungkin.

2. Distribusi SDM Secara Merata dan Responsif

Salah satu kelemahan utama yang ditemukan adalah ketimpangan distribusi bidan, terutama di wilayah kepulauan dan pegunungan. Oleh karena itu, strategi distribusi SDM harus diarahkan untuk:

- a. Mengusulkan formasi CPNS/P3K bidan yang berpihak pada wilayah prioritas tinggi AKB.
- b. Memberikan insentif khusus bagi bidan yang bertugas di wilayah sulit jangkauan.
- c. Membangun sistem rotasi tugas atau penugasan berbasis tim neonatal mobile yang dapat menjangkau daerah 3T (Tertinggal, Terdepan, Terluar).

Pemerintah daerah juga perlu menjalin kerja sama dengan RS pendidikan atau institusi pelatihan untuk mendukung distribusi dan magang bidan di wilayah dengan kekurangan tenaga.

3. Penguatan Kapasitas Melalui Pelatihan dan Supervisi

Pelatihan menjadi kunci untuk memastikan kompetensi bidan dalam menghadapi kasus neonatal, termasuk BBLR, asfiksia, dan sepsis. Strategi penguatan dilakukan melalui:

- a. Pelatihan berjenjang dan berkelanjutan, seperti APN, EENC, dan resusitasi neonatal, dengan sistem mentoring dari rumah sakit rujukan.
- b. Pemanfaatan mini lokakarya dan audit kematian neonatal sebagai media belajar bersama.

- c. Penerapan pendekatan *on-the-job training* dengan pendampingan kasus langsung di lapangan.

Selain pelatihan teknis, aspek manajerial juga penting, seperti pelatihan penguatan sistem rujukan, komunikasi tim, dan pelaporan kasus berisiko tinggi.

4. Pemanfaatan Inovasi dan Teknologi Digital

Strategi penguatan SDM bidan harus terintegrasi dengan pemanfaatan teknologi. Inovasi seperti sistem notifikasi dini kelahiran risiko tinggi melalui grup WA terintegrasi antara bidan, puskesmas, dan RS, terbukti mampu mempercepat proses rujukan. Ke depan, perlu dikembangkan sistem pelaporan elektronik berbasis dashboard yang memungkinkan pemetaan kebutuhan dan ketimpangan SDM secara lebih dinamis. Teknologi juga dapat dimanfaatkan untuk kunjungan rumah secara virtual (telekonsultasi) di daerah yang sangat terbatas tenaga, serta untuk keperluan supervisi dan edukasi berkelanjutan.

5. Sinergi dan Kolaborasi Antar-Instansi

Penguatan sumber daya bidan tidak dapat berdiri sendiri, melainkan perlu kolaborasi antara Dinas Kesehatan, rumah sakit, puskesmas, serta stakeholder lain seperti organisasi profesi dan perguruan tinggi. Bentuk sinergi ini dapat berupa:

- a. Pembentukan *neonatal response team* di tiap puskesmas.
- b. Penetapan *regional neonatal center* sebagai pusat pelatihan dan rujukan.
- c. Kerja sama pelatihan antara dinas, RS, dan universitas untuk memperkuat sistem kompetensi berkelanjutan.

6. Keberlanjutan melalui Regulasi dan Kebijakan Daerah

Agar strategi yang dirancang tidak bersifat jangka pendek, perlu ada dukungan kebijakan daerah melalui regulasi turunan seperti Perbup atau SK Bupati terkait:

- a. Standar rasio bidan per wilayah.
- b. Dukungan pembiayaan (DAK/DAU) untuk SDM, pelatihan, dan insentif.
- c. Standarisasi sistem audit dan pelaporan kematian neonatal.

Strategi perencanaan, distribusi, dan penguatan SDM bidan yang efektif dan berkelanjutan memerlukan pendekatan holistik dan berbasis bukti. Dengan memanfaatkan kekuatan yang ada seperti SOP, pelatihan, dan sistem digital, serta menangkap peluang kolaborasi lintas sektor, Kabupaten Jepara memiliki potensi besar untuk menekan AKB secara signifikan. Namun demikian, tantangan distribusi, ketimpangan SDM, serta faktor geografis dan sosial harus diantisipasi melalui strategi yang terintegrasi dan berbasis kebijakan jangka panjang.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

1. Kondisi Sumber Daya Bidan di Kabupaten Jepara menunjukkan kekuatan berupa ketersediaan SOP, komitmen tenaga kesehatan, kolaborasi antarprofesi, sistem digital pemantauan program, serta fasilitas NICU dasar yang memadai di RS. Namun, masih terdapat kelemahan signifikan seperti distribusi bidan yang tidak merata, keterbatasan alat emergensi neonatal, beban kerja tinggi, serta pelatihan yang belum merata dan berkelanjutan.
2. Faktor-faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan sumber daya bidan dalam upaya menurunkan AKB meliputi Faktor Internal yang paling menonjol adalah adanya SOP dan panduan teknis neonatal yang mendukung praktik klinis dan kolaborasi lintas profesi yang sudah berjalan baik, dengan skor IFAS total positif (+0.70), menunjukkan kekuatan internal lebih dominan namun kelemahan juga perlu perhatian serius. Faktor Eksternal menawarkan peluang besar melalui dukungan kebijakan pusat (DAK, CPNS, P3K), kerja sama dengan institusi pendidikan dan asosiasi profesi, serta pemanfaatan inovasi teknologi digital. Namun, ancaman seperti ketergantungan anggaran pada pusat, kesenjangan layanan akibat kondisi geografis dan bencana, serta kendala birokrasi dalam rujukan masih perlu diwaspadai. Skor EFAS total (+0.50) menunjukkan peluang eksternal cukup kuat dibanding ancaman.
3. Strategi SO (*Strength-Opportunities*) berada pada kuadran agresif, yang berarti penguatan sumber daya bidan melalui peningkatan kapasitas internal dan pemanfaatan peluang eksternal sangat memungkinkan untuk mengoptimalkan penurunan Angka Kematian Bayi (AKB).

6.2 Saran

1. Bagi Pemerintah Daerah

Pemerintah daerah perlu melakukan perencanaan strategis untuk penempatan bidan secara proporsional, khususnya di wilayah terpencil seperti kepulauan dan pegunungan, dengan mempertimbangkan insentif dan kebijakan afirmatif agar daerah tersebut lebih menarik bagi tenaga kesehatan.

2. Bagi Dinas Kesehatan

Pengadaan dan distribusi alat emergensi neonatal (seperti CPAP, inkubator, ambulans neonatal) perlu diprioritaskan, terutama di puskesmas yang melayani daerah dengan tingkat risiko tinggi. Implementasi SOP harus didukung dengan ketersediaan logistik yang memadai.

3. Bagi Profesi Bidan

- a. Meningkatkan kompetensi secara berkelanjutan, terutama dalam manajemen neonatal dan penggunaan alat emergensi, melalui pelatihan rutin seperti APN, EENC, dan resusitasi neonatal.
- b. aktif dalam advokasi lokal, agar kebutuhan tenaga dan alat kesehatan di wilayah kerja tersampaikan kepada manajemen puskesmas atau dinas kesehatan.
- c. Memanfaatkan teknologi seperti aplikasi KIA, WhatsApp grup koordinasi, dan sistem rujukan digital untuk meningkatkan efektivitas komunikasi dan respon neonatal.
- d. Menjalin jejaring antarbidang profesi (dokter, perawat, kader) untuk memperkuat sistem deteksi dini dan intervensi komplikasi bayi baru lahir.

4. Bagi Puskesmas

- a. Melakukan redistribusi tenaga bidan secara internal berdasarkan beban kerja dan risiko wilayah, serta mendorong rotasi atau sistem tim tanggap neonatal.
- b. Menyediakan alat emergensi neonatal dasar seperti CPAP manual, inkubator portable, dan oksigen portabel melalui dana BOK atau DAK.
- c. Meningkatkan audit kematian neonatal, dan mengintegrasikan hasilnya dalam perencanaan kegiatan tahun berikutnya.

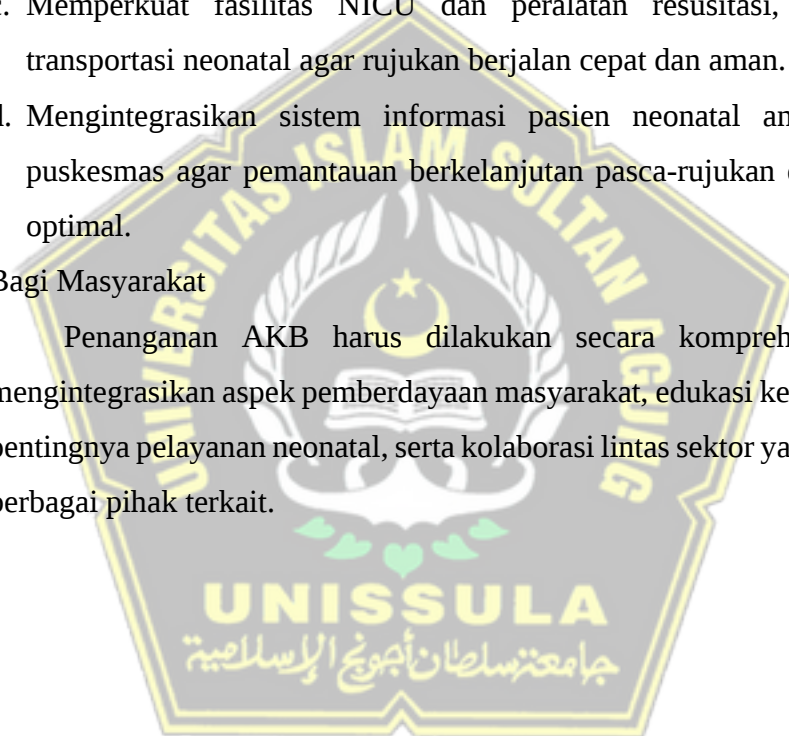
- d. Mengembangkan inovasi pelayanan neonatal, seperti kunjungan rumah berbasis teknologi dan pembentukan tim “neonatal response unit” di puskesmas rawat inap.

5. Bagi Rumah Sakit

- a. Memastikan pelatihan klinis bidan dilakukan rutin dan merata, terutama di ruang perinatologi dan IGD bersalin.
- b. Mengembangkan kemitraan dengan puskesmas dalam bentuk rujukan dua arah yang efektif dan pelatihan bersama untuk kesiapsiagaan neonatal.
- c. Memperkuat fasilitas NICU dan peralatan resusitasi, serta sistem transportasi neonatal agar rujukan berjalan cepat dan aman.
- d. Mengintegrasikan sistem informasi pasien neonatal antara RS dan puskesmas agar pemantauan berkelanjutan pasca-rujukan dapat berjalan optimal.

6. Bagi Masyarakat

Penanganan AKB harus dilakukan secara komprehensif dengan mengintegrasikan aspek pemberdayaan masyarakat, edukasi keluarga tentang pentingnya pelayanan neonatal, serta kolaborasi lintas sektor yang melibatkan berbagai pihak terkait.



DAFTAR PUSTAKA

- Addinni, T. (2023). Evaluasi Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan sebagai Bentuk Penyelenggaraan Upaya Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Kesehatan*, 1(December).
- Adeyani, A., Mappaware, N. A., Madya, F., Diana, A., & Hamsa, M. (2019). Kematian Janin Dalam Rahim Ditinjau dari Aspek Medis, Kaidah Dasar Bioetik, dan Keutamaannya dalam Tinjauan Islam. *Umi Medical Journal*, 4(2), 70–84.
- Amanda, A. P., Wasir, R., & Nurani, S. (2024). Membangun SDM Kesehatan Unggul: Menjembatani Kesenjangan Kualitas Dan Kuantitas Untuk Masa Depan Sistem Kesehatan Indonesia. *JK: Jurnal Kesehatan*, 2(6), 379–392.
- Ambarwati, N., Kartasurya, M., & Purnami, C. (2023). Implementation of Maternal Perinatal Surveillance and Response (AMP-SR) Audit in Indonesia: Scoping Review. *Contagion Scientific Periodical Journal of Public Health and Coastal Health*, 5(1), 87. <https://doi.org/10.30829/contagion.v5i1.14833>
- Ariyanti, D. F., & Utami, T. (2022). Indikator Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Purbalingga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 10(4), 417–422. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/33484>
- Arlenti, L. (2021). *Manajemen Pelayanan Kebidanan*. EGC.
- Asamani, J. A., Christmals, C. Dela, & Reitsma, G. M. (2021). The needs-based health workforce planning method: a systematic scoping review of analytical applications. *Health Policy and Planning*, 36(8), 1325–1343. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab022>
- Azmi, U., & Puspitasari, Y. (2022). Literature Review : Risk Factors of Anemia in Pregnancy Women. *Journal for Quality in Public Health*, 6(1), 244–256. <https://doi.org/10.30994/jqph.v6i1.428>
- Bapenas. (2024). *Peta Jalan SDGs Indonesia Menuju 2030*. Bapenas.
- Baskara, I. A., & Indrawati, F. (2022). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pengadaan SDM Kesehatan di RSUD Wonogiri. *Jppkmi*, 3(1), 26–35. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jppkmi>
- Bilqis, M. (2023). Tantangan Sistem Kesehatan Nasional: Distribusi dan Ketersediaan Sumber Daya. *Jurnal Prioritas*, 2(1), 1–8.
- BPS. (2024). *Angka Kematian Neonatal (AKN) Dan Angka Kematian Bayi*. BPS. <https://www.bps.go.id/>
- Budiyanti, R. T., Sriatmi, A., & Jati, S. P. (2021). Buku Ajar Kebijakan Kesehatan. In *Undip Press*. UNDIP Press. https://doc-pak.undip.ac.id/10968/1/Buku_Ajar_Kebijakan_Kesehatan_Implementasi_Kebijakan_Kesehatan.pdf

- Bustami, Insani, A. A., Iryani, D., & Yulizawati. (2017). Buku Ajar Kebidanan Komunitas. In CV. Rumahkayu Pustaka Utama. Penerbit Erka.
- Chitrarasmi, A., Muthia, B., & Shafiyah, P. (2020). Analisis Pembangunan Kesehatan Terkait Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. *Jurnal Kesehatan*, 2(1), 1–8.
- Creswell, J. (2021). *Research Design, Pendekatan Metode Kualitatif, Kuantitatif dan Campuran*. Pustaka Pelajar.
- Cunningham, F. G. (2021). *Obstetri Williams*. EGC.
- Dinkes Jepara. (2025). *Indikator Kinerja Kabupaten Jepara*.
- Djasri, H., Rahma, P. A., Siswishanto, R., Zaenab, S. N., & Trisnantor, L. (2021). *Strategi Penurunan Jumlah Kematian Bayi: Pengembangan Audit Kematian Maternal Perinatal (AMP) dan Penggunaan Prinsip Surveilans Respon*. Pusat Kebijakan Dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM. <https://kebijakankesehatanindonesia.net/>
- Donabedian, A. (2014). *Explorations in quality assessment and monitoring volume 1 the definition of quality and approaches to its aassessment*. Health Administration Press.
- Dube, A., Mwandira, K., Akter, K., Lemma, S., Seruwagi, G., Group, Q. C. N. E., Shawar, R., Djellouli, N., Mwakwenda, C., English, M., & Colbourn, T. (2024). Evaluating theory of change to improve the functioning of the network for improving quality of care for maternal, newborn and child health. *Plos Global Public Health*, 1, 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003532>
- Duhita, F., Irianti, B., Halida, E. M., Hartiningtyaswati, S., Yulianti, N., Prabandari, F., Anggraini, Y., & Yulita, N. (2023). Survei Kebutuhan Asuhan Kebidanan dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 15(3), e1064. <https://doi.org/10.36990/hijp.v15i3.1064>
- Ekasafitri, D., Hikayati, & Kusumaningrum, A. (2021). Pengalaman Pelaksanaan Sistem Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Puskesmas Indralaya. *Seminar Nasional Keperawatan “Tren Perawatan Paliatif Sebagai Peluang Praktik Keperawatan Mandiri,”* 2(1), 96–102.
- Freddy, R. (2021). *Analisis SWOT: Teknik Membedah Kasus Bisnis Cara Perhitungan Bobot, Rating, dan OCAI*. PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Gunawan, I. (2018). *Metode Penelitian Kualitatif; Teori dan Praktik*. Bumi Aksara.
- Hamdani. (2018). *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan* (pp. 1–8).
- Henderson. (2021). *Buku Ajar Konsep Kebidanan (Essential Midwifery)*. EGC.
- Hermawan, A. (2021). Analisis Distribusi Tenaga Kesehatan (Dokter Perawat Dan Bidan) Di Indonesia Pada 2013 Dengan Menggunakan Gini Index. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 22(3), 167–175. <https://doi.org/10.22435/hsr.v22i3.1304>
- Ibrahim, T., & Ridwan, D. A. (2022). Determinan Penyebab Kematian Ibu dan

- Neonatal di Indonesia. *Urnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 5(2), 43–48.
- Idhayanti, R. I., Kemalasar, S. G., Chunaeni, S., & Mundarti. (2023). Faktor Penyebab Kematian Perinatal. *Juru Rawat*, 3(2), 26–30.
- Ikawati, B., & Ramadhan, T. (2024). Pencapaian Target Angka Kematian Neonatus dan Bayi dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Langkah Strategis Selanjutnya. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 11(01), 68–78.
- Iman, A. (2021). *Manajemen Mutu Informasi Kesehatan; Quality Assurance*. Kementerian Kesehatan RI.
- Junengsih. (2019). *Buku Ajar Praktik Kebidanan Komunitas*. Kementerian Kesehatan RI.
- Juwita, R., Suroyo, R. B., & Sibero, J. T. (2021). Analisis Faktor yang Memengaruhi Kejadian Kematian Perinatal di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kabupaten Pidie Jaya Tahun 2020. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(1), 185–203.
- Kemenkes RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. In *Kemenkes RI* (Vol. 85, Issue 1).
- Kemenkes RI. (2018). *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Ibu dan Anak*. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2020). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan*. Kemenkes RI. <https://all3dp.com/2/fused-deposition-modeling-fdm-3d-printing-simply-explained/>
- Kemenkes RI. (2022). *Audit Maternal dan Perinatal Surveilans dan Respons*. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2023). *Sosialisasi Kebijakan Pelaksanaan AMPSR di RS*. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia*. Kemenkes RI. <http://kemenkes.go.id>
- Mahadewa, M. B. P., Hanadi, S., & Utami, N. A. T. (2021). Peran Bidan Dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan Dan Keluarga Berencana Dalam Pelayanan Kebidanan. *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), 1–14. http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI
- Manuaba. (2019). *Buku Ajar Patologi Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan*. EGC.
- Marni. (2018). *Etika Profesi Bidan*. Pustaka Pelajar.
- Miranda, J., Miller, S., Alfieri, N., Lalonde, A., Ortiz, E. I., Hanson, C., Steinholt, M., Palshetkar, N., Suharjono, H., & Gebhardt, S. (2024). *Global health*

systems strengthening: FIGO's strategic view on reducing maternal and newborn mortality worldwide. April, 849–859.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.15553>

- Mochtar, R. (2020). *Sinopsis Obstetric*. EGC.
- Moleong, L. J. (2021). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. PT. Remaja Rosdakarya.
- Munthe, N. (2020). Modul Teori Pengantar Asuhan Kebidanan. *Suparyanto Dan Rosad* (2015, 5(3), 248–253.
- Ningsih, I. S., Mitra, & Hendri. (2022). Identifikasi Permasalahan Pelayanan Program Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA) di Puskesmas Pusako Kabupaten Siak. *Photon: Jurnal Sain Dan Kesehatan*, 12(2), 67–75.
<https://doi.org/10.37859/jp.v12i2.3341>
- Ningsih, S. L., Widanti, S. A., & Sawandi. (2018). Peran Bidan Dalam Pelaksanaan Permenkes Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Pada Bayi Baru Lahir Di Puskesmas Kaleroang Sulawesi Tengah. *SOEPPRA Jurnal Hukum Kesehatan*, 4(1).
- Pamungkas, G., & Anggraeni, S. (2022). Analisis Beban Kerja dan Kinerja Bidan di UPTD Puskesmas Karanganyar Kabupaten Subang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Immanuel*, 16(1), 26–34. <https://doi.org/10.36051/jiki.v16i1.176>
- Paramita, A. (2018). *Teknik Focus Group Discussion Dalam Penelitian Kualitatif*.
- Paunno, M. L. (2021). Pengaruh Perawatan Kehamilan Dan Persalinan Dengan Kejadian Kematian Neonatal. *JURNAL KESEHATAN REPRODUKSI*, 8(4).
- Prawiharjo, S. (2020). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purwaningsih, E. (2023). Kebijakan Terkait Krisis Kesehatan: Analisa Kebutuhan Tenaga Kesehatan Selama Pandemi Covid-19 di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 12(2), 66. <https://doi.org/10.22146/jkki.80590>
- Rosdianah, Nahira, Rismawati, & Nurqalbi. (2021). *Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. CV. Cahaya Bintang Cemerlang.
- Saifuddin, A. B. (2020). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal & Neonatal*. JNPKKR.
- Santi, D. R., Suminar, D. R., Devy, S. R., Mahmudah, & Soedirham, O. (2022). Risk factors for anemia in pregnant women; Literature Reivew. *International Journal Midwifwry*, 1(3), 25–36.
- Sudarti. (2020). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi Dan Anak Balita*. Nuha Medika.
- Sugiyono. (2021). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. PT. Rineka Cipta.
- Sulistiyowati, A. (2021). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. ANDI.
- Suparman, A. (2020). Implementasi Kebijakan Program Pelayanan Kesehatan Dalam Rangka Menurunkan AKI Dan AKB Di Puskesmas Sukaraja

- Kabupaten Sukabumi (Studi Empiris pada Puskesmas Sukaraja Kabupaten Sukabumi). *Jurnal MODERAT*, 6(4), 868–891. <https://jurnal.unigal.ac.id/index.php/moderat>
- Syairaji, M., Nurdianti, D. S., Wiratama, B. S., Prüst, Z. D., Bloemenkamp, K. W. M., & Verschueren, K. J. C. (2024). Trends and causes of maternal mortality in Indonesia : a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(515), 1–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-024-06687-6>
- The United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2021). *Neonatal Mortality*. Unicef Indonesia.
- Triana, A. (2021). Faktor Dominan Kinerja Bidan Memberikan Pelayanan Kebidanan Berkelanjutan Di Rb Dan Bpm Se-Kota Pekanbaru. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 7(3), 398–403. <https://doi.org/10.33024/jkm.v7i3.3642>
- Uktutias, S. A. M., Iswati, S., Hadi, C., Suhariadi, F., Utami, S., & Rahman, F. S. (2023). Performance of village midwives in detecting neonatal emergency through self efficacy and work engagement as mediation: Cross-sectional study in Pamekasan Regency, Indonesia. *Journal of Public Health Research*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/10.1177/22799036221147099>
- Undang-Undang Republik Indonesia. (2019). *Undang-Undang nomor 04 tahun 2019 tentang Kebidanan*.
- UNICEF. (2024). *Neonatal Mortality Data*. Unicef. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>
- Varney. (2021). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. EGC.
- Wahyuni, E. D. (2018). *Bahan Ajar Kebidanan : Asuhan Kebidanan Komunitas*. Kementrian Kesehatan RI.
- Wekadigunawan, C. (2023). *Modul Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan*. Esa Unggul.
- Wiknjosastro, H. (2020). *Ilmu Kebidanan*. PT. Bina Pustaka.
- Willcox, M. L., Okello, I. A., Maidwell-smith, A., Tura, A. K., & Akker, V. Den. (2023). Maternal and perinatal death surveillance and response : a systematic review of qualitative studies. *Bull World Health Organ*, 1(101), 62–75.
- Willcox, M., Price, J., S, S., Nicholson, B., Stuart, B., Roberts, N., Allott, H., Mubangizi, V., Dumont, A., & Harnden, A. (2020). Death audits and reviews for reducing maternal, perinatal and child mortality (Review). *Cochrane Library*, 1–50. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012982.pub2.www.cochranelibrary.com>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response : Materials to Support Implementation*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036666>

- World Health Organization (WHO). (2024). *Newborn Mortality*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
- Yuningsih, R. (2022). Midwifery Profession In Policy Development Efforts To Improve Maternal and Child Health Services. *Aspirasi*, 7(1), 63–76.
- Yusuf, A. M. (2022). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan Penelitian Gabungan*. Prenadamedia Group.

