



▼ LAPORAN TEMATIK
**SURVEI
KESEHATAN
INDONESIA**
TAHUN 2023

POTRET INDONESIA SEHAT

▼ LAPORAN TEMATIK
**SURVEI
KESEHATAN
INDONESIA
TAHUN 2023**

“ POTRET INDONESIA SEHAT ”



▼ **LAPORAN TEMATIK**
SURVEI
KESEHATAN
INDONESIA
TAHUN 2023

“POTRET INDONESIA SEHAT”

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2024

▼ **LAPORAN TEMATIK**

SURVEI KESEHATAN INDONESIA

TAHUN 2023

“ POTRET INDONESIA SEHAT ”

Tim Penyusun

Pengarah:

Syarifah Liza Munira
(Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan)

Penanggung Jawab:

Dwi Puspasari
(Plt. Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan)

Ketua:

Heny Lestary

Wakil Ketua:

Eva Sulistiowati

Sekretaris:

Rani Marsini, Syachroni

Anggota:

Made Dewi Susilawati, Mujiati, Aprildah Nur Sapardin, Sugiharti, Tetra Fajarwati, Rossa Avrina, Retna Mustika Indah, Iram Barida, Sri Mardikani Nugraha, Nurillah Amaliah, Ana Farida, Ade Nugraheni, Jusniar Ariati, Oster Suriani Simarmata, Cahyorini, Dewi Kristanti, Nova Sri Hartati, Cich Opitasari, Lamria Pangaribuan, Nur Aeni Amaliah, Trijuni Angkasawati, Yusleli Usman, Yenni Risniati, Dona Arlinda, Heni Kismayawati, Tince Arniati Jovina, Arvina Silalahi, Anggita Bunga Angraini, Andi Leny Susyanti, Ida Diana Sari, Djunaedi, Agus Dwi Harso, Achmad Humaidi, Valida, Herianti, Fransiska Restuningtyas, Putri Novianti, Rahmi Amelia, Bramadita Kunni Fauziyyah, Elfys Ferdinan

World Bank:

Pandu Harimurti, Cut Novianti Rachmi, Yulia Izati, Trisari Anggondowati, Septyana Choirunisa, Eko Pambudi

Editor:

Sandra Olivia Frans, Mentari Widiastuti

Desain, Layout dan Foto:

Ade Andang Arimurti, Nowo Setio Raharjo, Ahdyat Firmana, Fachrudin Ali Ahmad

Copy Editor dan Sekretariat:

Grace Lovita Tewu, Leny Wulandari, Zulfah NurAini, Sri Lestari, Eka Aji Mustofa, Dian Widiati, Ni Kadek Ayu Krisma Agneswari

Diterbitkan Oleh:

Kementerian Kesehatan RI

Dikeluarkan Oleh:

Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

614.42

Ind Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Badan Kebijakan
L Pembangunan Kesehatan

Laporan Tematik Survei Kesehatan Indonesia (SKI)

Tahun 2023: Potret Indonesia Sehat.

— Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.2024

ISBN 978-623-301-455-7

- | | |
|----------|------------------------------|
| 1. Judul | I. SURVEY AND QUESTIONNAIRES |
| | II. HEALTH SURVEYS |
| | III. RESEARCH REPORT |



KATA PENGANTAR



Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT karena dengan berkat rahmat dan karunia-Nya, kegiatan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dapat diselesaikan. Data dan informasi SKI 2023 ini bertujuan untuk memberikan gambaran capaian indikator kesehatan Tingkat Nasional, Provinsi dan Kabupaten/Kota, sebagai dasar dan referensi bagi perencanaan, perumusan kebijakan dan intervensi yang lebih terarah, efektif dan efisien, serta berbasis bukti.

Terima kasih sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam pelaksanaan SKI 2023. Tim BKPK, Tim Pakar, Mitra Kerja BPS, Para Dosen di Perguruan Tinggi, Mitra Kerja dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, Mitra Pembangunan, Organisasi Internasional serta seluruh Enumerator dan masyarakat yang telah berpartisipasi.

Kami menyadari adanya kekurangan dalam pelaksanaan SKI tahun 2023. Untuk itu, kami juga mengundang para pakar baik di perguruan tinggi, lintas sektor, pemerhati kesehatan dan semua pihak untuk memanfaatkan dan memberi masukan serta mengkaji data dan informasi hasil SKI ini guna kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Data Akurat, Kebijakan Tepat

Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan,



Syarifah Liza Munira



V KATA PENGANTAR

Syarifah Liza Munira

1 BAB 1 PELAKSANAAN SKI 2023



7 BAB 2 AKSES FASYANKES

Tantangan Kepemilikan
Jaminan Kesehatan dan Upaya
Peningkatan Akses Kesehatan
di Indonesia



21 BAB 3 KESEHATAN IBU DAN NEONATUS

Situasi dan Tantangan
Kesehatan Ibu dan Neonatus
di Indonesia





45 | **BAB 4**
STATUS GIZI BALITA
Stunting di Indonesia dan Faktor Determinan

67 | **BAB 5**
PENYAKIT TIDAK MENULAR
Prevalensi, Dampak, serta Upaya Pengendalian Hipertensi dan Diabetes di Indonesia

89 | **BAB 6**
KESEHATAN JIWA
Depresi pada Anak Muda di Indonesia

101 | **BAB 7**
KESEHATAN GIGI DAN MULUT
Problematika Kesehatan Gigi dan Mulut di Indonesia

115 | **BAB 8**
FARMASI
Penggunaan Antimikroba (Antibiotik) Tanpa Resep Dokter



125 | **LAMPIRAN**

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 2.1.	PROPORSI KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN MENURUT SKI 2023 (A) DAN SUSENAS 2023 (B).....	11
GAMBAR 2.2.	SEBARAN JENIS KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERDASARKAN DATA BPJS KESEHATAN	12
GAMBAR 2.3.	PROPORSI KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN MENURUT PROVINSI, SKI 2023	13
GAMBAR 2.4.	PROPORSI SUMBER KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN BERDASARKAN SUMBER PEMBIAYAAN IURAN DAN STATUS EKONOMI.....	15
GAMBAR 2.5.	PROPORSI SUMBER IURAN KESEHATAN DAN RIWAYAT PEMANFAATAN FASILITAS KESEHATAN SELAMA 1 TAHUN, SKI 2023.....	16
GAMBAR 3.1.	DATA SKI 2023 UNTUK MASA KEHAMILAN	26
GAMBAR 3.2.	DATA SKI 2023 UNTUK MASA PERSALINAN	27
GAMBAR 3.3.	DATA SKI 2023 UNTUK CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN.....	28
GAMBAR 3.4.	DATA SKI 2023 UNTUK MASA NIFAS.....	29
GAMBAR 3.5.	DATA SKI 2023 UNTUK PERIODE NEONATAL DINI	34
GAMBAR 3.6.	DATA SKI UNTUK PROPORSI KN1, KN 2 DAN KN 3.....	35
GAMBAR 3.7.	DATA SKI 2023 UNTUK PERIODE NEONATAL LANJUT.....	36
GAMBAR 3.8.	GAMBARAN PROPORSI PELAYANAN KUNJUNGAN NEONATAL LENGKAP BERDASARKAN PROVINSI	36
GAMBAR 4.1.	TREN STUNTING PADA BALITA TAHUN 2013-2023.....	49
GAMBAR 4.2.	PREVALENSI STUNTING BERDASARKAN PROVINSI TAHUN 2022 DAN 2023.....	51
GAMBAR 4.3.	PREVALENSI STUNTING BERDASARKAN KELOMPOK UMUR TAHUN 2022 DAN 2023.....	51
GAMBAR 4.4.	HASIL SKI 2023 TERKAIT FAKTOR KESEHATAN IBU DAN BAYI	53
GAMBAR 4.5.	HASIL SKI 2023 TERKAIT FAKTOR RUMAH TANGGA.....	56
GAMBAR 5.1.	PERGESERAN PENYEBAB KEMATIAN PADA TAHUN 1990 HINGGA TAHUN 2019.....	69
GAMBAR 5.2.	TREN DAN PROYEKSI JUMLAH DAN PREVALENSI PENYANDANG DIABETES DI INDONESIA	70
GAMBAR 5.3.	PREVALENSI (%) HIPERTENSI BERDASARKAN PENGUKURAN TEKANAN DARAH PADA PENDUDUK USIA \geq 18 TAHUN	73
GAMBAR 5.4.	PERBEDAAN PREVALENSI (%) HIPERTENSI BERDASARKAN DIAGNOSIS DOKTER DAN PENGUKURAN TEKANAN DARAH PADA KELOMPOK USIA 18-59 TAHUN DAN USIA 60 TAHUN KE ATAS	74
GAMBAR 5.5.	PERBANDINGAN PREVALENSI (%) DIABETES BERDASARKAN DIAGNOSIS DOKTER PADA SEMUA KELOMPOK USIA DAN KELOMPOK USIA \geq 15 TAHUN.	74



GAMBAR 5.6.	PREVALENSI DIABETES BERDASARKAN DIAGNOSIS DOKTER DAN PEMERIKSAAN GULA DARAH PADA KELOMPOK USIA PRODUKTIF DAN LANJUT USIA	75
GAMBAR 5.7.	TIPE DIABETES PADA PENDUDUK USIA PRODUKTIF DAN LANJUT USIA DENGAN DIABETES BERDASARKAN DIAGNOSIS DOKTER.....	75
GAMBAR 5.8.	PREVALENSI GABUNGAN HIPERTENSI DAN DIABETES BERDASARKAN DIAGNOSIS DOKTER PADA PENDUDUK USIA PRODUKTIF DAN LANJUT USIA.....	76
GAMBAR 5.9.	KESENJANGAN PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN HIPERTENSI PADA PENDUDUK PRODUKTIF DAN USIA LANJUT YANG TERDIAGNOSIS HIPERTENSI	77
GAMBAR 5.10.	KESENJANGAN PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN DIABETES PADA PENDUDUK PRODUKTIF DAN USIA LANJUT YANG TERDIAGNOSIS DIABETES	77
GAMBAR 5.11.	PTM MERUPAKAN PENYEBAB DISABILITAS PALING BANYAK PADA PENDUDUK USIA ≥ 15 TAHUN.....	79
GAMBAR 6.1.	PREVALENSI DEPRESI DI INDONESIA BERDASARKAN SKI 2023.....	83
GAMBAR 6.2.	PREVALENSI DEPRESI DI INDONESIA BERDASARKAN KARAKTERISTIK RESPONDEN	84
GAMBAR 6.3.	PREVALENSI DEPRESI ANAK MUDA BERDASARKAN KARAKTERISTIK RESPONDEN.....	85
GAMBAR 6.4.	PROPORSI DEPRESI PADA UMUR 15-24 TAHUN SKI 2023, YANG PERNAH MEMPUNYAI PIKIRAN MENGAKHIRI HIDUP.....	87
GAMBAR 6.5.	ANAK MUDA DENGAN DEPRESI YANG Mencari pengobatan.....	88
GAMBAR 7.1.	PERMASALAHAN GIGI DAN MULUT BERDASARKAN PROVINSI, TAHUN 2023	106
GAMBAR 7.2.	PERMASALAHAN GIGI DAN MULUT BERDASARKAN KELOMPOK UMUR.....	107
GAMBAR 7.3.	PROPORSI MASYARAKAT YANG MENGELUH MEMPUNYAI MASALAH GIGI & MULUT DIBANDINGKAN DENGAN YANG MENERIMA PERAWATAN DARI TENAGA KESEHATAN GIGI.....	107
GAMBAR 7.4.	ALASAN MASYARAKAT TIDAK Mencari pengobatan	108
GAMBAR 7.5.	PERILAKU Menjaga kebersihan gigi dan waktu sikat gigi secara benar	109
GAMBAR 8.1.	PROPORSI PENGGUNAAN ANTIMIKROBA ORAL DALAM SATU TAHUN TERAKHIR DAN CARA Mendapatkannya.....	118
GAMBAR 8.2.	PROPORSI PEROLEHAN ANTIMIKROBA ORAL TANPA RESEP DOKTER YANG TERAKHIR KALI DIGUNAKAN MENURUT PROVINSI	119
GAMBAR 8.3.	SUMBER PEROLEHAN ANTIMIKROBA TANPA RESEP DOKTER.....	119
GAMBAR 8.4.	PROPORSI PEROLEHAN ANTIMIKROBA ORAL TANPA RESEP DOKTER BERDASARKAN AREA TEMPAT TINGGAL DAN KEPEMILIKAN ASURANSI.....	120
GAMBAR 8.5.	PROPORSI PEROLEHAN ANTIMIKROBA ORAL TANPA RESEP DOKTER BERDASARKAN TINGKAT PENDIDIKAN DAN STATUS EKONOMI.....	121



*Proses wawancara kuesioner
kepada anggota rumah tangga*

Sumber Foto : BKKP

01

BAB 1

PELAKSANAAN SKI 2023





Rapat Koordinasi Teknis Tingkat Pusat Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023

Sumber foto : BPKP

PELAKSANAAN SKI 2023

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 merupakan survei yang mengintegrasikan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dan Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGI). SKI 2023 dikerjakan untuk menilai capaian hasil pembangunan kesehatan yang dilakukan pada kurun waktu lima tahun terakhir di Indonesia. Data yang dihasilkan dapat merepresentasikan status kesehatan tingkat Nasional sampai dengan tingkat Kabupaten/Kota. Riskesdas pernah dilakukan pada tahun 2007, 2013, dan 2018, sedangkan SSGI dilakukan pada 2019, 2021, dan 2022.

Ketersediaan data dan informasi terkait capaian hasil pembangunan kesehatan penting bagi Kementerian Kesehatan, Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota sebagai bahan penyusunan kebijakan, program dan kegiatan pembangunan yang lebih terarah dan tepat sasaran berbasis bukti termasuk pengembangan Rencana Pembangunan Kesehatan Jangka Menengah Nasional (RPJMN 2024-2029) oleh Kementerian PPN/Bappenas. Dalam upaya penyediaan data yang valid dan akurat tersebut, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) bekerjasama dengan Badan Pusat



Statistik (BPS) dalam penyusunan metode dan kerangka sampel SKI 2023, serta bersama dengan Lintas Program di Kementerian Kesehatan, World Health Organization (WHO) dan World Bank dalam pengembangan instrumen, pedoman hingga pelaporan survei.

Indikator SKI 2023 telah mempertimbangkan berbagai aspek dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan, Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM), Program Indonesia Sehat – dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), dan Gerakan Masyarakat Sehat (Germas), serta Transformasi Kesehatan. Indikator kesehatan yang dikumpulkan meliputi status kesehatan (morbiditas, disabilitas, status gizi), kesehatan lingkungan (higiene,

sanitasi, jamban, air dan kondisi rumah), pengetahuan dan perilaku kesehatan (pengetahuan stunting, perilaku pencegahan gigitan nyamuk, perilaku pencarian pengobatan, perilaku hidup bersih sehat, perilaku GERMAS, penggunaan tembakau/rokok, minum alkohol, aktivitas fisik, perilaku konsumsi makanan berisiko), berbagai aspek mengenai pelayanan kesehatan (kemudahan akses, cakupan, mutu layanan, akses layanan COVID-19, pengobatan ke luar negeri, kepuasan layanan) dan pengukuran serta pemeriksaan responden seperti berat badan, tinggi/panjang badan, lingkar perut, lingkar lengan atas (LiLA), tekanan darah, kesehatan gigi dan mulut, kadar hemoglobin, glukosa darah puasa dan 2 jam pasca pembebanan, RDT malaria dan pengambilan spesimen darah untuk parameter kimia klinik serta genomik, terkait dengan faktor risiko penyakit menular dan penyakit tidak menular.



Kegiatan pelaksanaan SKI 2023 melalui wawancara dan pengumpulan data anggota rumah tangga

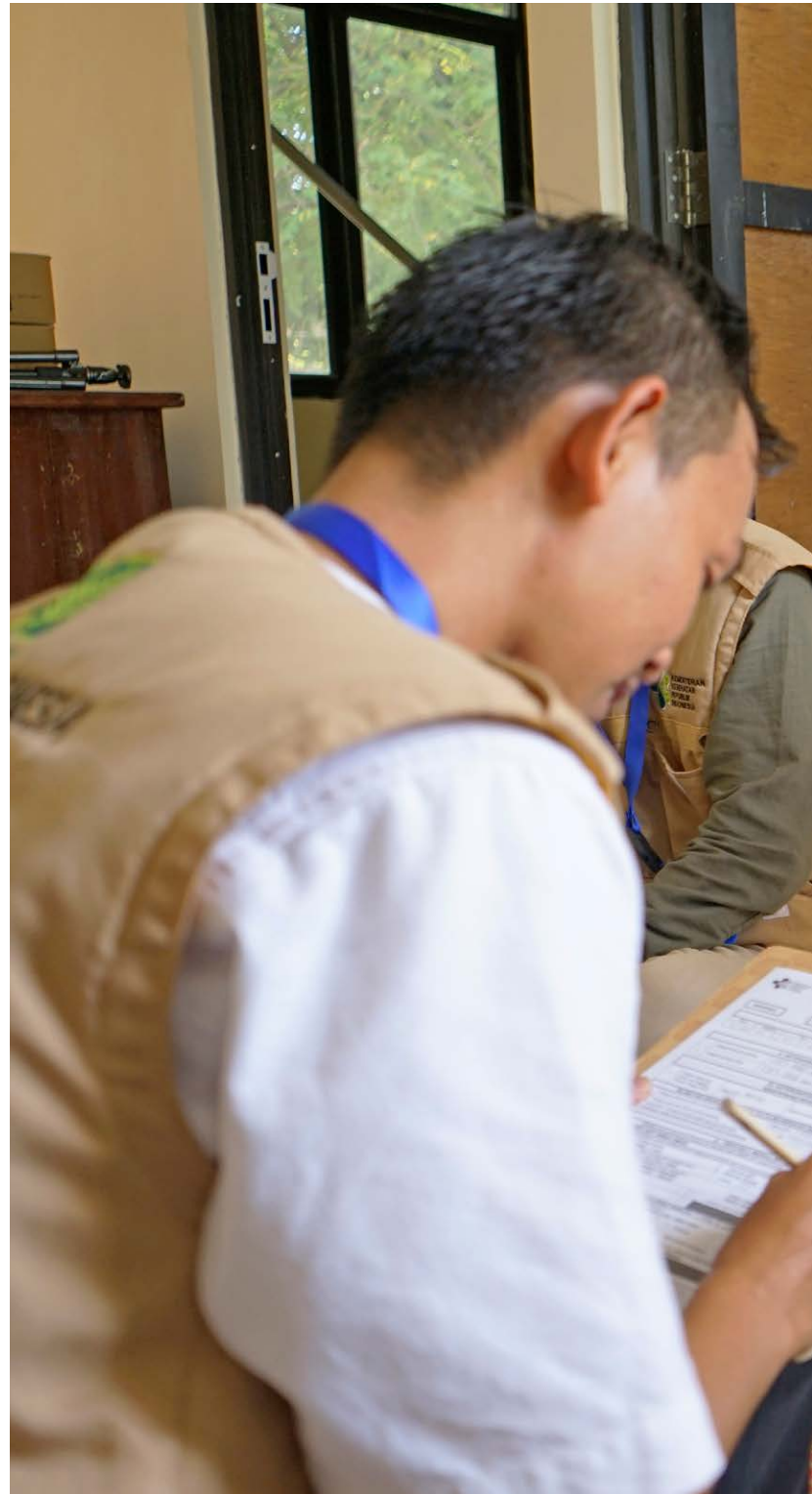
Sumber Foto : BKPK

Pemilihan tema yang dimasukkan dalam buku laporan ini berdasarkan isu prioritas kesehatan dan juga permasalahan kesehatan lain yang menjadi perhatian nasional maupun global. Laporan ini terdiri dari 7 (tujuh) tematik, yaitu: 1) Tantangan Kepemilikan Jaminan Kesehatan dan Upaya Peningkatan Akses Kesehatan di Indonesia, 2) Situasi dan Tantangan Kesehatan Ibu dan Neonatus di Indonesia, 3) Stunting Balita di Indonesia dan Faktor Determinan, 4) Prevalensi, Dampak, serta Upaya Pengendalian Hipertensi dan Diabetes di Indonesia, 5) Depresi pada Anak Muda di Indonesia, 6) Problematika Kesehatan Gigi dan Mulut di Indonesia, dan 7) Penggunaan Antimikroba (Antibiotik) Tanpa Resep Dokter di Indonesia.

Sumber data utama laporan tematik ini adalah hasil SKI 2023. Laporan ini dilengkapi juga dengan data dan informasi terkait masing-masing tema di tingkat Nasional dan Internasional. SKI 2023 dilaksanakan di 38 Provinsi dan 514 Kabupaten/Kota di Indonesia dengan metode studi potong lintang. Deskripsi terkait metode penelitian dan juga hasil lain dari SKI 2023 terdapat pada Laporan SKI 2023 Dalam Angka.

Tim enumerator SKI melakukan pengumpulan data kesmas di Kecamatan Sumur

Sumber Foto : BKP







Kartu Indonesia Sehat

Nomor Kartu : 000079999XXXXX
Nama : IDONG
Alamat : KP. CIKARTAWANA 03/11 KANEKES, LEUWIDAMAR, KAB LEBAK

Tanggal Lahir : 10 APRIL 1969
NIK : 3602061004XXXXXX
Faskes Tingkat I : CISIMEUT

www.bpjs-kesehatan.go.id

Penyerahan kartu JKN/KIS kepada masyarakat suku Baduy
Sumber foto : BKPK

02

BAB 2

AKSES FASYANKES

TANTANGAN KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN DAN UPAYA PENINGKATAN AKSES KESEHATAN DI INDONESIA



TEMUAN UTAMA

- Terdapat 27,8% penduduk Indonesia yang masih belum memiliki jaminan kesehatan yang masih berlaku.
- Lima provinsi terbanyak yang penduduknya tidak memiliki jaminan kesehatan adalah: Papua Pegunungan (55,4%), Papua Tengah (42,7%), Maluku Utara (41,5%), Maluku (39,4%), dan Jambi (37,0%). Sedangkan 5 provinsi terbanyak yang penduduknya mempunyai minimal satu jenis jaminan kesehatan adalah: Aceh (98,5%), DKI Jakarta, (94,1%), dan Kalimantan Utara (92,7%), Bali (90,3%). dan Gorontalo (87,9%).
- Layanan kesehatan di Puskesmas diakses oleh lebih dari setengah rumah tangga (59,6%) yang memiliki jaminan kesehatan ditanggung negara (PBI dan Jamkesda)



TANTANGAN KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN DAN UPAYA PENINGKATAN AKSES KESEHATAN DI INDONESIA

Pentingnya akses terhadap pelayanan kesehatan telah lama diakui secara global. Akses adalah sebuah konsep yang kompleks dan membutuhkan fondasi yang kuat untuk terus dievaluasi¹. Secara sederhana, jika pelayanan kesehatan mudah dijangkau, sumber daya berkualitas dan terdapat jaminan kesehatan, maka kesempatan masyarakat untuk menjangkau layanan tersebut juga semakin terbuka lebar.

Laporan ini menyajikan hasil SKI 2023 terkait akses pelayanan kesehatan dan difokuskan pada kepemilikan jaminan kesehatan oleh masyarakat Indonesia, pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, dan diskusi terkait tantangan kepemilikan jaminan kesehatan serta

upaya yang bisa dilakukan untuk meningkatkan akses kesehatan di Indonesia.

Jaminan hak kesehatan diatur oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) sejak 16 Desember 1966 yaitu bahwa negara peserta kovenan tersebut mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai dalam hal kesehatan fisik dan mental³. Dalam UU Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 pasal 4 mengatur bahwa salah satu hak setiap orang untuk hidup sehat secara fisik, jiwa dan sosial serta mendapatkan perlindungan dari resiko kesehatan. Pasal 5 dari Undang-undang tersebut mewajibkan setiap orang mengikuti program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)⁴.

Poin 2.1. Kesehatan Merupakan Hak Dasar Setiap Manusia

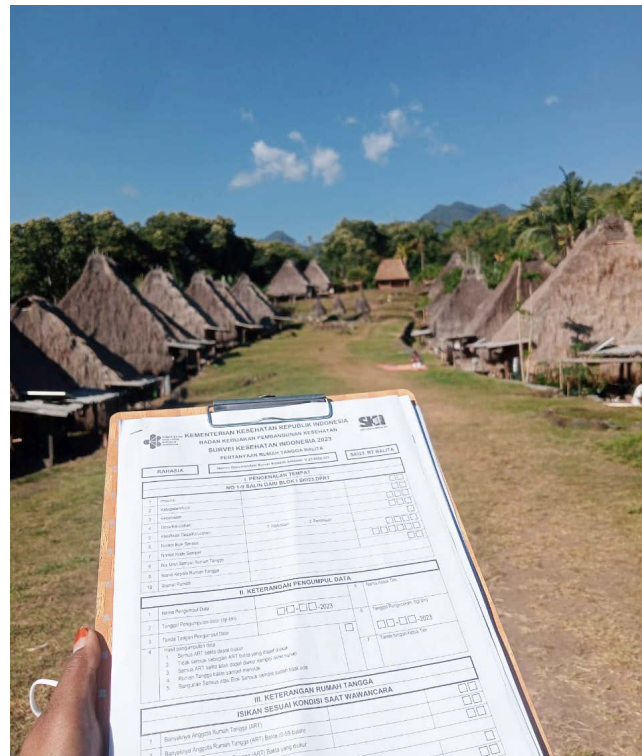
Dalam Universal Declaration of Human Rights Pasal 25 dikatakan bahwa setiap orang berhak atas taraf hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk pangan, sandang, perumahan, dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan hak atas rasa aman pada saat menganggur, sakit, disabilitas, menajanda, lanjut usia, atau kekurangan penghidupan lainnya dalam keadaan di luar kendalinya².



Penyelenggaraan program jaminan sosial di bidang Kesehatan untuk pendanaan upaya kesehatan perorangan diatur juga pada pasal 411 UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Program pelayanan kesehatan perseorangan tersebut meliputi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, maupun paliatif sesuai siklus hidup dan epidemiologi tanpa melihat sosial ekonomi dan penyebab masalah kesehatan⁴. Target UHC sesuai Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 yaitu sedikitnya 98% dari total populasi menjadi anggota JKN.

Poin 2.2. Jaminan Kesehatan Nasional Hadir untuk Memenuhi Kebutuhan Kesehatan Masyarakat Indonesia

Universal Health Coverage (UHC) merupakan sistem penjaminan kesehatan yang memastikan setiap warga memiliki akses pelayanan kesehatan yang adil, bermutu dengan biaya yang terjangkau melalui perlindungan finansial. Dalam mewujudkan UHC, Pemerintah Indonesia menginisiasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/KIS-Kartu Indonesia Sehat) sejak 1 Januari 2014 yang penyelenggaraannya oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sesuai dengan UU Nomor 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional.



Kuesioner rumah tangga di kampung adat Belaragi, Kab Ngada, NTT

Sumber foto : BKPK

Berbagai permasalahan dalam mengakses ke pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa dimensi yaitu *accessibility* (keterjangkauan lokasi), *availability* (ketersediaan), *acceptability* (penerimaan oleh masyarakat), *affordability* (keterjangkauan biaya), *accomodation* (kenyamanan) dan *awareness* (kesadaran)⁵. Salah satu upaya mengatasi permasalahan tersebut melalui pilar keempat transformasi kesehatan yaitu transformasi.

Sistem Pembiayaan dengan berfokus pada memberikan kemudahan dan kesetaraan akses layanan kesehatan yang berkualitas terutama masyarakat golongan kurang mampu serta memastikan pembiayaan kesehatan yang cukup, adil, efektif dan efisien.

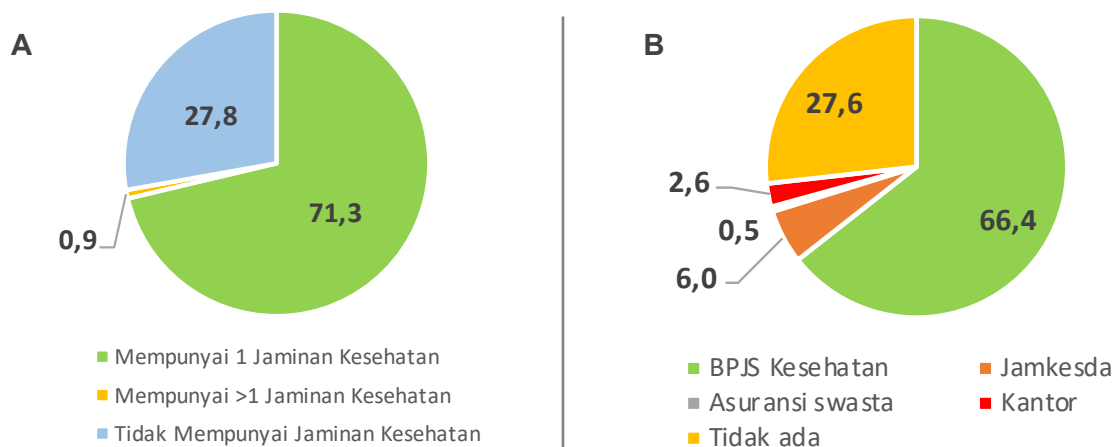
Poin 2.3. Peningkatan Pertumbuhan Penduduk Di Indonesia Sebanding Dengan Laju Angka Ketergantungan Penduduk

Badan Pusat Statistik (BPS) memproyeksikan penduduk Indonesia tahun 2023 sebanyak 278,8 juta jiwa. Jumlah tersebut naik 1,1% dari tahun lalu yaitu 275,7 juta jiwa. Mayoritas penduduk Indonesia (69,1%) berada di kelompok usia produktif yaitu 15-64 tahun. Sedangkan angka beban ketergantungan penduduk Indonesia diproyeksikan sebesar 44,65% pada 2023. Angka ini meningkat 0,14% poin dibandingkan tahun lalu yang sebesar 44,51%⁶. Hal ini menunjukkan bahwa walaupun Indonesia diperkirakan akan mengalami bonus demografi, namun belum tentu akan selaras dengan potensi produktifitas dan kontribusi ekonomi. Sehingga aspek kesehatan harus lebih diperhatikan untuk menyiapkan SDM unggul, sehat dan cerdas

BERAPA BANYAK PENDUDUK INDONESIA YANG MEMILIKI JAMINAN KESEHATAN?

Berdasarkan hasil SKI 2023, sebanyak 72,2% responden memiliki jaminan kesehatan dan masih berlaku. Lebih lanjut, 71,3% responden memiliki 1 (satu) jenis jaminan kesehatan dan 0,9%-nya memiliki lebih dari satu jenis jaminan kesehatan (**Gambar 2.1**). Sedangkan

masih ada 27,8% penduduk Indonesia yang belum memiliki jaminan kesehatan. Persentase penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan menurut data SKI 2023 hampir sama dengan data SUSENAS 2023 yaitu 27,6%⁸.



GAMBAR 2.1. PROPORSI KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN MENURUT SKI 2023 (A) DAN SUSENAS 2023 (B)

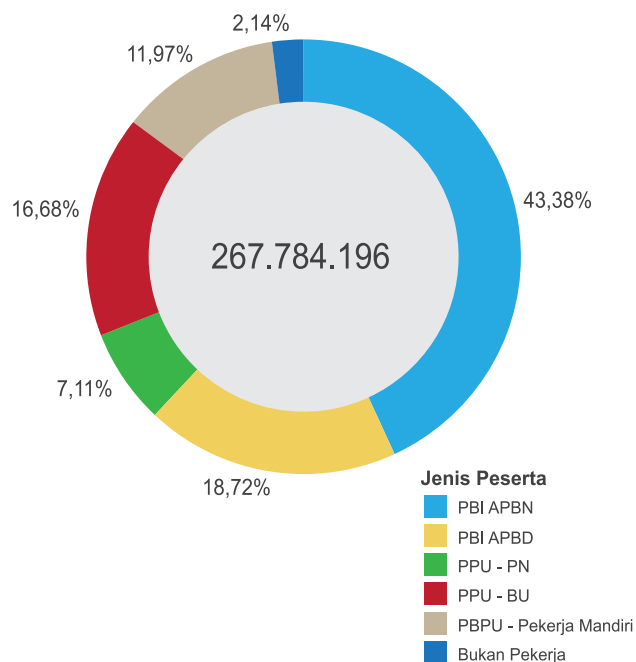


Fasilitasi Puskesmas Fatukopa dalam membantu Pengumpulan Data SKI 2023 di Kab. Timor Tengah Selatan

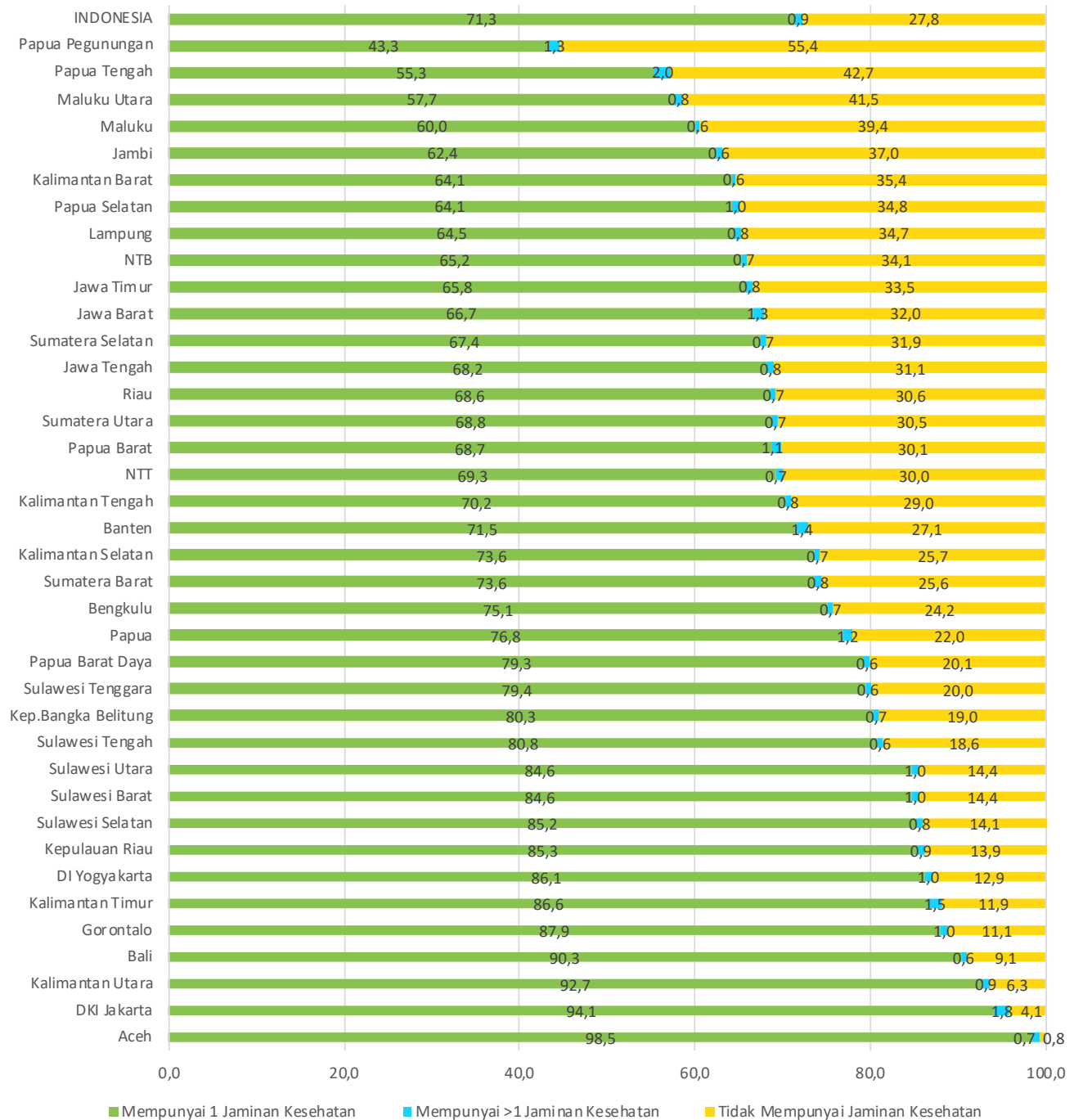
Sumber foto : BPKP

Berdasarkan data BPJS Kesehatan sampai dengan 31 Januari 2024, jumlah peserta JKN sebanyak 267.784.196 peserta dengan tiga segmentasi kepesertaan tertinggi yaitu 43,4% Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBN, 18,7% PBI APBD, dan 16,7% Pekerja Penerima Upah (PPU) Badan Usaha⁷. **(Gambar 2.2)**

Pada data provinsi, terdapat dua puluh provinsi yang memiliki minimal 1 jaminan kesehatan di atas persentase Nasional Nasional ($\geq 71,3\%$). Lima provinsi dengan persentase kepemilikan minimal 1jaminan kesehatan terbanyak adalah: Aceh (98,5%), DKI Jakarta (94,1%), Kalimantan Utara (92,7%), Bali (90,3%), dan Gorontalo (87,9%). Sedangkan lima provinsi dengan persentase terbanyak belum memiliki jaminan kesehatan adalah: Papua Pegunungan (55,4%), Papua Tengah (42,7%), Maluku Utara (41,5%), Maluku (39,4%), dan Jambi (37,0 %) **(Gambar 2.3)**.



GAMBAR 2.2. SEBARAN JENIS KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERDASARKAN DATA BPJS KESEHATAN



GAMBAR 2.3. PROPORSI KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN MENURUT PROVINSI, SKI 2023



Jatuh bangun tim enumerator mengumpulkan data di Provinsi Kalimantan Tengah

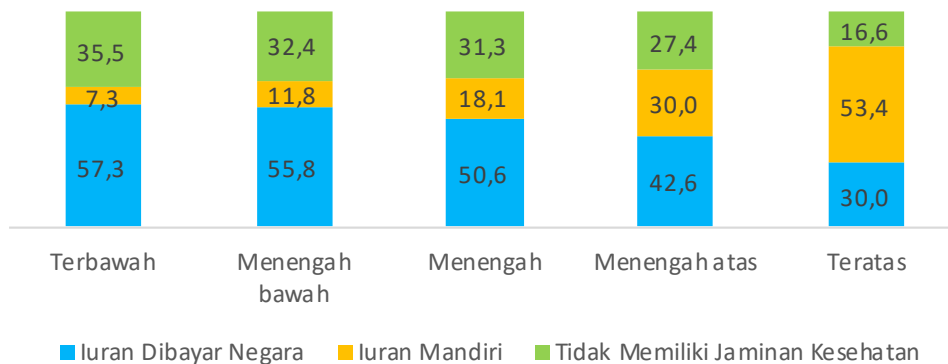
Sumber foto : BKPK

MASYARAKAT MANAKAH YANG BELUM MEMILIKI JAMINAN KESEHATAN?

Dari data SKI 2023 terlihat bahwa penduduk perkotaan lebih banyak yang memiliki jaminan kesehatan daripada penduduk pedesaan (77,0% dibandingkan 65,5%). Hal ini berarti masih ada 34,5% penduduk pedesaan dan 23,0% penduduk perkotaan di Indonesia tidak mempunyai jaminan kesehatan.

Sedangkan berdasarkan kelompok umur, data SKI 2023 menunjukkan bahwa 47,3% anak berusia <1 tahun, 40,3% anak berusia 1-4 tahun dan 31,4% anak berusia 5-14 tahun tidak memiliki jaminan kesehatan. Sedangkan dibandingkan dengan kelompok usia di atasnya, setidaknya $\geq 73\%$ kelompok usia dewasa (15-59 tahun) dan lanjut usia (≥ 60 tahun) sudah memiliki jaminan kesehatan.

Apabila dikelompokkan berdasarkan sumber pembiayaan iuran/premi jaminan kesehatan antara yang ditanggung negara (PBI, Jamkesda) dan yang tidak ditanggung negara (non PBI, asuransi swasta, lainnya atau kombinasi) menurut status ekonomi, tampak bahwa Pemerintah telah mengalokasikan sebagian besar pembiayaan untuk melindungi masyarakat ekonomi terbawah sampai menengah bawah. Semakin rendah kuintil ekonomi semakin besar proporsi penerima jaminan kesehatan yang ditanggung negara (**Gambar 2.4**). Namun masih ada permasalahan yaitu proporsi masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan juga paling tinggi berada di kuintil ekonomi terbawah yaitu 35,5%.



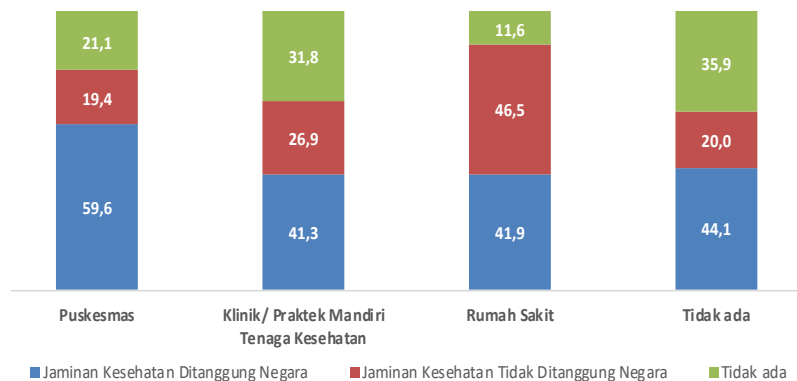
GAMBAR 2.4. PROPORSI SUMBER KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN BERDASARKAN SUMBER PEMBIAYAAN IURAN DAN STATUS EKONOMI

APAKAH FASILITAS KESEHATAN DI INDONESIA SUDAH DIAKSES SECARA MERATA?

Layanan kesehatan di Puskesmas diakses oleh lebih dari setengah rumah tangga (59,6%) yang memiliki jaminan kesehatan yang iurannya dibayar negara (PBI dan Jamkesda). Sedangkan pemanfaatan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit, paling banyak oleh rumah tangga yang memiliki jaminan kesehatan yang iurannya tidak dibayar negara (non PBI, asuransi swasta, lainnya atau kombinasi) sebesar 46,5%. Selain itu, data SKI 2023 menunjukkan bahwa dalam satu tahun terakhir 44,1% rumah tangga yang memiliki jaminan kesehatan yang iurannya ditanggung negara (PBI dan Jamkesda) dan 35,9% rumah tangga tanpa jaminan kesehatan, tidak mengakses layanan kesehatan (**Gambar 2.5**). Hal ini menunjukkan masih ada kesenjangan dari rumah tangga yang memiliki jaminan kesehatan ditanggung negara dan juga rumah tangga tidak ada jaminan kesehatan, dalam mengakses pelayanan kesehatan pada umumnya.

Sebanyak 50,7% kelompok usia 18-59 tahun dengan keterbatasan/disabilitas tidak memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Sedangkan Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang paling sering dikunjungi (24%) oleh penduduk pada kelompok tersebut.

Dari sisi mutu layanan di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan (Rumah Sakit) di Indonesia masih perlu ditingkatkan. Data SKI 2023 menunjukkan pada 3 tahun terakhir, 1 per 1.000 rumah tangga Indonesia pernah mengakses pelayanan kesehatan di luar negeri dan Malaysia menjadi negara yang paling banyak dituju. Alasan mereka memilih layanan kesehatan di luar negeri karena fasilitasnya lengkap (93,5%) dan layanannya sesuai harapan (91,7%). Lima provinsi dengan persentase terbanyak yang rumah tangganya memanfaatkan pelayanan kesehatan di luar negeri yaitu Provinsi Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Riau, Sumatera Utara, dan Aceh.



GAMBAR 2.5. PROPORSI SUMBER IURAN KESEHATAN DAN RIWAYAT PEMANFAATAN FASILITAS KESEHATAN SELAMA 1 TAHUN, SKI 2023

Poin 2.4. Kurangnya Tenaga Dokter dan Dokter Spesialis di Indonesia

Indonesia masih mengalami kendala dalam hal fasilitas dan tenaga kesehatan khususnya pada aspek ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, dan kualitas, serta penerapan dalam hal sistem jaminan kesehatan nasional dimana kepesertaan belum mencapai target yang diharapkan⁹. Ratio dokter dan dokter spesialis di Indonesia masih rendah, yaitu 0,67 dokter dan dokter spesialis per 1000 penduduk. Angka ini lebih rendah dibandingkan rata-rata Asia yaitu 1,2 dan rata-rata OECD yaitu 3,2. Bahkan data Sistem Informasi SDM Kesehatan (SISDMK) 2021 menunjukkan bahwa di 50% Puskesmas di Maluku dan Papua tidak ada dokter.

Jalan terjal yang ditempuh enumerator dalam pengumpulan data di Kab. Nias Selatan

Sumber foto : BKPK



APA SAJA TANTANGAN KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN DI INDONESIA?

Masih banyak tantangan yang dihadapi oleh Indonesia dalam rangka mewujudkan UHC, antara lain kelengkapan sarana prasarana di fasilitas kesehatan, ketersediaan obat dan alat kesehatan, pemerataan distribusi SDM Kesehatan, pemanfaatan data dan sistem informasi, kecukupan anggaran, kenaikan iuran serta regulasi-regulasi yang mendorong perbaikan penyelenggaraan Program JKN¹⁰.

Berdasarkan literatur, setidaknya ada 3 aspek permasalahan JKN, yaitu 1) aspek kepesertaan terkait keaktifan peserta dan target untuk PBI, 2) aspek

pelayanan kesehatan yang belum merata, 3) aspek pembiayaan kesehatan dalam hal iuran JKN yang perlu ditinjau untuk menyesuaikan dinamika biaya kesehatan¹¹. Sedangkan, menurut Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), tantangan JKN selama periode 2015 dan 2019 adalah: meningkatnya kepesertaan JKN di seluruh provinsi, meningkatnya iuran per kapita hampir dua kali lipat dalam 5 tahun, stabilnya rerata besaran satuan klaim dalam 5 tahun, disparitas akses antar wilayah, bertambahnya penyakit tidak menular terutama penyakit kronis dan kurangnya loyalitas kepesertaan JKN.¹²

PERWUJUDAN UHC MELALUI KEPESERTAAN JAMINAN KESEHATAN MASIH MEMBUTUHKAN PERBAIKAN.

Perbaikan untuk memperluas cakupan jaminan kesehatan, adalah pertama dari aspek kepesertaan. Dibutuhkan sosialisasi dan promosi kesehatan dengan melibatkan lintas sektor untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kepemilikan JKN seperti pada penyandang disabilitas, kelompok pekerja informal dan masyarakat terlarut. Selain itu, perlu dilakukan juga ketepatan penetapan sasaran (targeting) sehingga subsidi tepat sasaran sesuai strata sosial ekonomi. Kedua dari aspek pelayanan kesehatan, tingginya cakupan kepesertaan JKN nantinya perlu disinkronkan dengan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan masyarakat, baik dari sisi kuantitas maupun kualitas.

Sejalan dengan Pilar 1 dan Pilar 2 Transformasi Kesehatan, perlu dilakukan penguatan layanan primer dan rujukan melalui pembangunan, pemenuhan kebutuhan SDM, sarana prasarana dan alat kesehatan, optimalisasi sistem rujukan serta pelibatan peran swasta. Jaminan mutu layanan kesehatan yang diberikan juga perlu menjadi perhatian salah satunya mengakselerasi akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga masyarakat akan lebih memilih layanan kesehatan yang tersedia di dalam negeri.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, et al. What does "access to health care" mean? *Journal of Health Services Research & Policy*. 2002;7(3):186-188. Do135581902760082517
2. United Nations. Universal Declaration of Human Rights - Indonesian, diakses dari OHCHR | Universal Declaration of Human Rights - Indonesian
3. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights diakses dari International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights | OHCHR
4. Indonesia. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
5. Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's theory of access. *Journal of health services research & policy*, 21(1), 36-39.
6. (<https://dataindonesia.id/varia/detail/data-jumlah-penduduk-indonesia-20132023>).
7. BPS. Portal Data JKN, diakses dari BPJS Kesehatan (bpjs-kesehatan.go.id)
8. BPS. diakses dari Data Jenis Jaminan Kesehatan yang Dimiliki Masyarakat Indonesia pada 2023 (dataindonesia.id)
9. Kurniawati, Wahyu, and Riris Diana Rachmayanti. "Identifikasi penyebab rendahnya kepesertaan JKN pada pekerja sektor informal di kawasan pedesaan." *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia* 6.1 (2018): 33.
10. Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kemenkes, Pemerintah upayakan Universal Health Coverage bagi Masyarakat Indonesia, diakses dari (Pemerintah upayakan Universal Health Coverage bagi Masyarakat Indonesia – Sehat Negeriku (kemkes.go.id))
11. Hafez R, Harimurti P, Pambudi E, and Rajan V. (2020), "Chapter 5: Health". *Indonesia Public Expenditure Review*, page: 139-166
12. Anonim. DJSN: Ada 7 Capaian dan Tantangan Program JKN, diakses dari DJSN: Ada 7 Capaian dan Tantangan Program JKN, diakses dari DJSN: Ada 7 Capaian dan Tantangan Program JKN (hukumonline.com), 18 Oktober 2021
13. Lusiana Siti Masyitoh, Hubungan kepemilikan jaminan kesehatan dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan formal untuk rawat jalan di Indonesia tahun 2016, diakses dari URI: <https://lib.ui.ac.id/detail?id=20477675&lokasi=lokal>
14. Nugraheni, Aghesta Intan, C. Ermayani Putriyanti, and Andreas Kurnianto. "Tinjauan Literatur: Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia." *Jurnal Kesehatan* 12.2 (2023).
15. BPJS. Cara Melihat Cek Status Peserta BPJS Kesehatan Melalui Mobile JKN (bpjs-kesehatan.go.id)



*Proses wawancara kuesioner ibu dan anak
di Kota Bekasi*

Sumber foto : BKP



03

BAB 3

KESEHATAN IBU DAN NEONATUS

SITUASI DAN TANTANGAN KESEHATAN IBU DAN NEONATUS DI INDONESIA

TEMUAN UTAMA

KESEHATAN IBU



- Malnutrisi pada ibu hamil masih menjadi tantangan dimana sebanyak 28% ibu hamil mengalami anemia dan 17% memiliki risiko Kurang Energi Kronik (KEK).
- Sekitar 1 dari 4 ibu pertama kali bersalin pada usia kurang dari 20 tahun.
- Semakin bertambahnya trimester kehamilan, cakupan pemeriksaan K4 dan K6 semakin menurun dibandingkan K1 pada awal kehamilan.
- Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan sudah sangat baik (96,1%), namun masih terdapat kesenjangan antara wilayah perkotaan (97,8%) dan pedesaan (93,9%).

KESEHATAN NEONATUS



- Sebanyak 23,6% bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) tidak mendapatkan perawatan tertentu, sementara BBLR merupakan penyebab kematian neonatal utama.
- Angka nasional kunjungan neonatal lengkap (40,5%) baru mencapai separuh dari target yang diharapkan.

SITUASI DAN TANTANGAN KESEHATAN IBU DAN NEONATUS DI INDONESIA

Kesehatan ibu merujuk pada kesehatan perempuan selama kehamilan, persalinan, dan periode nifas. Sedangkan kesehatan neonatus merujuk pada kesehatan bayi baru lahir dari usia 0-28 hari. Seluruh fase, baik dari kesehatan ibu maupun neonatus haruslah menjadi pengalaman yang positif, untuk menjamin perempuan dan bayinya dapat mencapai kesehatan dan kesejahteraan penuh¹.

Laporan tematik ini menyajikan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 terkait kesehatan ibu dan neonatus untuk memberikan gambaran terperinci. Data kesehatan

ibu dan neonatus dalam SKI mencakup diantaranya pelayanan kesehatan masa hamil, persalinan, dan pasca salin (nifas), termasuk KB pasca salin, serta pelayanan neonatus. Laporan tematik ini menyajikan hasil SKI dengan tujuan memberikan gambaran yang lebih detail dan terkini mengenai situasi kesehatan ibu dan neonatus.

Dengan informasi yang lebih terperinci ini, diharapkan dapat meningkatkan upaya penurunan AKI dan AKB dengan strategi yang lebih tepat dan efektif sesuai dengan temuan yang didapatkan dari survei.

Poin 3.1. Pemenuhan Kesehatan Ibu Dan Anak untuk Pencapaian SDGs

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goals (SDGs)* mengamanatkan pemenuhan kesejahteraan ibu dan anak untuk mencapai target kesehatan yang lebih baik secara global, yaitu menurunkan angka kematian ibu menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita menjadi 12 per 1.000 kelahiran hidup hingga tahun 2030.

Walaupun kesehatan ibu dan neonatus merupakan salah satu fokus dalam SDGs, situasinya secara global masih dihadapkan pada tantangan kompleks. Data WHO 2020, menunjukkan secara global angka kematian ibu 223 per 100.000, dengan *gap* yang besar antara *low-income countries* (430 per 100.000) dan *high-income countries* (12 per 100.000). Penyebab dari kematian Ibu, umumnya merupakan kasus yang dapat dicegah. Bayi yang lahir di negara *low-income* (27/1.000), mempunyai risiko 10 kali untuk mengalami kematian pada periode neonatal dibandingkan negara *high-income*². Pada tahun 2021, sekitar 2,3 juta bayi di dunia meninggal dalam bulan pertama kehidupannya, yang disebut sebagai kematian neonatus. Kematian neonatus menyumbang 46% dari total kematian balita, dan sebagian besar terjadi pada minggu pertama. Sama halnya dengan kematian maternal, sebagian kematian neonatus tersebut juga dapat dicegah³.

Proyeksi yang dipublikasikan USAID menunjukkan bahwa Indonesia akan dapat mencapai target penurunan AKN pada 2030 jika mempertahankan atau meningkatkan pelayanan kesehatan bagi neonatus.

Namun, Indonesia disinyalir memerlukan usaha ekstra peningkatan pelayanan kesehatan untuk mencapai target penurunan AKI sesuai SDGs⁵.

Poin 3.2. Angka Kematian Ibu dan Neonatal di Indonesia

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2020, yaitu 189 per 100.000 kelahiran hidup, lebih tinggi dibandingkan negara-negara di Asia Tenggara seperti Malaysia, Brunei, Thailand, dan Vietnam. Sedangkan angka kematian neonatal (AKN) di Indonesia merupakan yang tertinggi ketiga di Asia Tenggara, dengan 9,3 kematian per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2022 sampai 2023, tercatat peningkatan jumlah kematian ibu dari 4.005 menjadi 4.129, dan jumlah kematian neonatal dari 20.882 menjadi 29.945⁴.

Kebijakan pemerintah dalam menurunkan AKI dan AKB diwujudkan melalui program-program pelayanan kesehatan bagi ibu dan neonatus yang diharapkan cakupannya dapat sesuai target dan aksesnya merata pada semua sasaran (*equity*) dengan kualitas yang baik (*quality*). Komitmen dalam memprioritaskan kesehatan dan penurunan angka kematian ibu dan neonatal juga tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024. Upaya yang dilakukan di Indonesia juga sejalan dengan Framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030), yang

diantaranya meliputi penanganan masalah gizi pada anak, remaja perempuan, ibu hamil, dan menyusui, serta memastikan akses universal terhadap pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk Keluarga Berencana⁶.

KONDISI KESEHATAN IBU PADA MASA KEHAMILAN BERDASARKAN SKI 2023

Memastikan kehamilan yang sehat merupakan hal yang krusial untuk memastikan kelahiran bayi yang sehat dan mengurangi risiko komplikasi dan kematian, baik selama kehamilan, persalinan maupun setelah kelahiran.

Selain itu, SKI 2023 menunjukkan bahwa anemia pada ibu hamil masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, dengan prevalensi 27,7% (Gambar 3.1). Proporsi anemia pada ibu hamil ini menurun sebanyak 21,2% (dari 48,9% ke 27,7%) jika dibandingkan Riskesdas 2018.

Penurunan prevalensi anemia ibu hamil terbesar terdapat pada kelompok umur 15-24 tahun (dari 84,6% menjadi 14,5%), namun pada kelompok usia 25-34 tahun dimana mayoritas kehamilan terjadi, penurunan anemia hanya 2,3% (dari 33,7% menjadi 31,4%).

Salah satu program penanggulangan anemia adalah dengan pemberian Tablet Tambah Darah (TTD), yang di Indonesia sudah mencapai 92,2%, Namun demikian,

hanya 44,2% ibu hamil yang mengkonsumsi TTD sesuai rekomendasi. Rendahnya kepatuhan konsumsi TTD berkontribusi pada tingginya prevalensi anemia pada ibu hamil. Selain anemia, sebanyak 16,9% ibu hamil dilaporkan memiliki risiko KEK, meningkat dari 10,6% yang dilaporkan dalam Riskesdas 2018. Penyebab utama KEK adalah asupan gizi yang tidak adekuat. Namun, hanya 32,1% ibu hamil (tanpa memperhatikan status gizi) yang menerima Pemberian Makanan Tambahan (PMT) seperti pada Gambar 3.1.

Sejak 2021, Kementerian Kesehatan mengimplementasikan kebijakan setiap ibu hamil ditargetkan mendapatkan minimal 6 kali pelayanan masa kehamilan (K6), yang meliputi pemeriksaan kehamilan minimal 1 kali pada trimester I (disebut K1), 2 kali pada trimester II, dan 3 kali pada trimester III, dengan minimal 2 kali harus kontak dengan dokter (1 kali pada trimester I dan 1 kali pada trimester III) termasuk pemeriksaan USG. Sebelumnya pemeriksaan kehamilan minimal adalah empat kali.

Poin 3.3. Malnutrisi Pada Ibu Hamil Masih Menjadi Tantangan

Hasil SKI 2023 menunjukkan malnutrisi pada ibu hamil masih menjadi tantangan di mana hampir sebanyak 3 dari 10 ibu hamil mengalami anemia dan 17% memiliki risiko Kurang Energi Kronik (KEK). Padahal malnutrisi pada masa kehamilan dapat meningkatkan risiko anemia pada kehamilan, hipertensi, keguguran, hingga kematian janin. Ibu dengan kekurangan gizi kronis, dapat mengakibatkan bayi mengalami BBLR, retardasi pertumbuhan janin dalam kandungan yang akan mengakibatkan konsekuensi jangka panjang, gangguan kualitas hidup dan biaya kesehatan.

GAMBAR 3.1. DATA SKI 2023 UNTUK MASA KEHAMILAN

MASA KEHAMILAN
27,7% ibu hamil mengalami anemia
18,9% ibu hamil mengalami keluhan selama kehamilan (muntah, nyeri dada, hipertensi, keluar air ketuban, dan perdarahan)
16,9% ibu hamil memiliki risiko Kurang Energi Kronik
44,2% yang meminum TTD
86,7% melakukan kunjungan K1 murni, tetapi hanya 17,6% yang mencapai K6
57,8% ibu hamil menerima pemeriksaan kehamilan sesuai standar 10T
2,7% yang mengikuti kelas ibu hamil (minimal 4x dan 1x ditemani suami/keluarga)
Mayoritas ibu hamil belum familiar dengan tanda bahaya kehamilan, kecuali perdarahan
Gap kunjungan antenatal berdasarkan status sosial ekonomi dan provinsi masih tinggi

Selama periode 2018–2023, proporsi pemeriksaan kehamilan ke-1 tepat waktu (yang disebut K1 Murni), sudah tinggi yaitu 86,7% (**Gambar 3.1**). Akan tetapi, tidak semua ibu yang menerima layanan K1 juga mendapatkan layanan pemeriksaan kehamilan rutin hingga K4 atau K6. Proporsi K4 sebesar 68,1%, menurun sebesar 6,0% menurut Riskesdas 2018. Sejak diberlakukan tahun 2021, hingga saat ini cakupan K6 baru mencapai 17,6%. Cakupan K1 murni, K4, dan K6 yang semakin lama menurun, menunjukkan meskipun ibu hamil tepat waktu dalam melakukan pemeriksaan kehamilan pada trimester pertama, tetapi keberlanjutan pemeriksaan kehamilannya masih rendah. Isu ini menjadi penting karena komplikasi kehamilan justru banyak terjadi pada trimester ketiga dan menjelang persalinan.

Selain cakupan pemeriksaan ANC, ibu hamil ditargetkan mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan

antenatal terpadu 10T^a. Akan tetapi baru sebesar 57,8% yang telah menerima pelayanan sesuai standar tersebut. Jenis pelayanan yang masih rendah cakupannya adalah tatalaksana kasus (61%), konseling KB pasca bersalin (69,9%), dan Imunisasi TT (77,6%).

Pada masa kehamilan diharapkan para ibu juga mengikuti kelas ibu hamil yang bertujuan menambah pengetahuan ibu mengenai kesehatan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, sehingga dapat mengubah sikap dan perilaku ibu hingga tercapai kehamilan, persalinan dan nifas yang sehat dan aman bagi ibu. Namun, proporsi ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil, dengan frekuensi minimal sebanyak 4 kali, dan minimal 1 kali pertemuan ditemani suami atau keluarga lainnya hanya sebesar 2,7%.

a Layanan 10T meliputi: (1) Penimbangan tinggi badan dan pengukuran berat badan, (2) Pengukuran tekanan darah, (3) Penilaian status gizi (ukur lingkaran lengan atas atau LILA), (4) Mengukur fundus uterus, (5) Menentukan presentasi dan detak jantung janin, (6) Skrining status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi Tetanus-Difteri jika diperlukan, (7) Pemberian tablet tambah darah (minimal 90 tablet), (8) Tes laboratorium kehamilan, (9) Tatalaksana kasus sesuai kewenangan, dan (10) Konseling.

KONDISI KESEHATAN IBU PADA MASA PERSALINAN BERDASARKAN SKI 2023

Beberapa isu kesehatan ibu di masa persalinan berdasarkan data SKI adalah satu dari empat ibu pertama kali melahirkan di usia belum mencapai 20 tahun, satu dari sepuluh persalinan tidak dilakukan di fasilitas kesehatan, masih ada 3,9% persalinan yang ditolong oleh non-tenaga kesehatan (**Gambar 3.2**).

Data SKI 2023 pada **Gambar 3.2** menunjukkan sebanyak 21,4% ibu hamil, mengalami minimal 1 dari 9 komplikasi saat persalinan, berdasarkan jenis yang ditanyakan. Komplikasi yang dapat terjadi pada saat persalinan yaitu: ketuban pecah dini (4,3%), partus/persalinan lama (3,3%), hipertensi (3,2%), sungsang (3%), perdarahan (2%), placenta previa (0,7%), plasenta tertinggal (0,4%), kejang (0,1%) dan lainnya (4,9%). Rujukan terbanyak untuk kasus komplikasi pada persalinan adalah RS swasta (47,2%), dengan

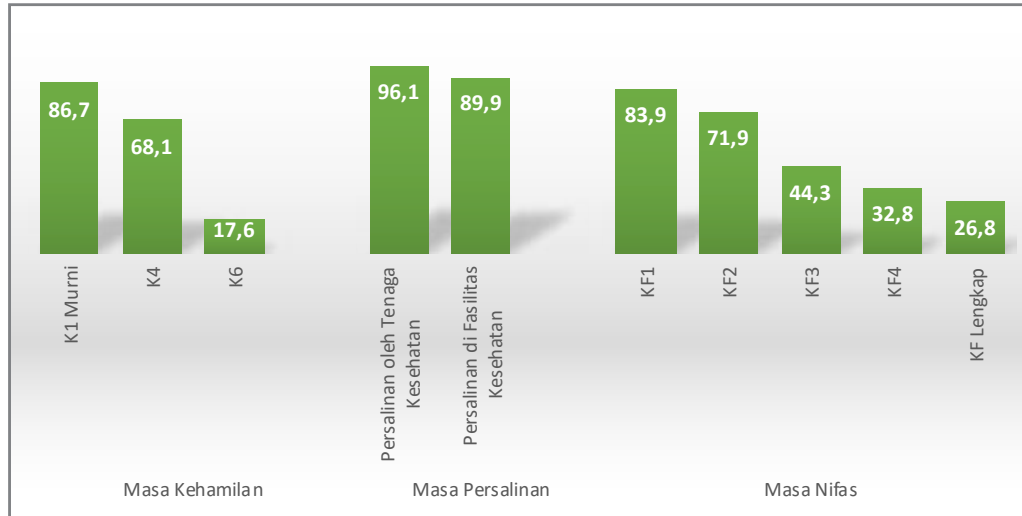
menggunakan sumber pembiayaan terbesar BPJS/KIS (74,6%).

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan sudah sangat baik, yaitu 96,1%, meningkat dibanding hasil Riskesdas 2018 sebesar 93,1% (**Gambar 3.3**). Salah satu Gerakan Ibu Hamil (Bumil) Sehat yang dicanangkan pada tahun 2022 adalah ibu hamil melakukan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dengan bantuan tenaga kesehatan. Sebanyak 89,9% persalinan terjadi di fasilitas kesehatan, yang berarti masih terdapat 10,1% ibu bersalin di luar fasilitas kesehatan, walaupun 6,2% diantaranya sudah ditangani oleh tenaga kesehatan. Sebanyak 27,0% ibu hamil bersalin di RS swasta. Angka ini menunjukkan bahwa swasta memiliki peran yang cukup signifikan dalam pemberian pelayanan persalinan.

GAMBAR 3.2. DATA SKI 2023 UNTUK MASA PERSALINAN

MASA PERSALINAN
26,7% ibu pertama kali melahirkan usia <20 tahun
10,1% persalinan tidak dilakukan di fasilitas kesehatan
3,9% persalinan oleh non-tenaga kesehatan
21,4% ibu hamil mengalami minimal 1 komplikasi pada masa persalinan
Gap persalinan oleh tenaga kesehatan dan/atau fasilitas kesehatan terutama berdasarkan perkotaan/pedesaan, kuintil sosial ekonomi, dan provinsi masih tinggi

GAMBAR 3.3. DATA SKI 2023 UNTUK CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN



Terdapat kesenjangan yang besar dalam kontinuitas pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu pada masa kehamilan hingga masa nifas (*continuum of care*). Semakin bertambahnya trimester kehamilan, cakupan K4 dan K6 semakin menurun dibandingkan K1 pada awal kehamilan. Begitupun juga halnya dengan periode nifas yang cakupan kunjungannya tinggi pada 6 jam sampai 2 hari setelah melahirkan, tetapi semakin sedikit pada yang melakukan kunjungan lengkap (**Gambar 3.3**). Kunjungan masa nifas penting untuk pemantauan dan perawatan intensif selama periode ini untuk mencegah dan mengatasi komplikasi potensial yang mungkin timbul, seperti perdarahan postpartum, infeksi, dan masalah kesehatan lainnya yang dapat mempengaruhi ibu dan bayi baru lahir. Oleh karena itu, upaya untuk meningkatkan kunjungan lengkap pada masa nifas menjadi krusial dalam memastikan kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi baru lahir.

Poin 3.4. Continuum of Care

Kesenjangan dalam kontinuitas pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu pada masa kehamilan hingga masa nifas (*continuum of care*) merupakan hal yang perlu diatasi. Cakupan layanan pada awal masa kehamilan lebih tinggi dibanding periode selanjutnya, demikian juga pemanfaatan cakupan kunjungan nifas yang menurun pada akhir masa nifas.

KONDISI KESEHATAN IBU PADA MASA NIFAS BERDASARKAN SKI 2023

Pada masa nifas, ibu rentan terhadap komplikasi, baik yang diakibatkan dari persalinannya, seperti perdarahan postpartum yang berat, infeksi postpartum, dan infeksi luka operasi caesar, serta masalah tekanan darah tinggi seperti pre-eklampsia dan eklampsia, maupun yang tidak terkait dengan persalinan. Selain itu, masalah psikologis seperti depresi postpartum juga dapat muncul dan memerlukan perhatian medis dan dukungan yang tepat.

Data SKI di **Gambar 3.4** menunjukkan 9,1% ibu mengalami keluhan saat masa nifas, diantaranya payudara bengkak (4,1%), sakit kepala (2,1%), perdarahan (1,2%), bengkak kaki (1,2%), *baby blues* (1,1%), hipertensi (1,1%), demam (0,9%), keluar cairan berbau (0,4%), kejang (0,1%) dan lainnya (0,6%). Untuk mencegah komplikasi pada masa nifas, diperlukan pengetahuan ibu mengenai komplikasi yang mungkin terjadi. Sebanyak 47,4% ibu mengetahui tanda bahaya nifas. Perawatan pasca melahirkan yang komprehensif dan pemantauan yang cermat dapat membantu mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan

kesehatan ibu selama masa nifas (**Gambar 3.4**).

Pelayanan pada masa nifas (KF lengkap) meliputi (a) KF 1 (1 kali pada periode 6 jam sampai 2 hari setelah melahirkan), (b) KF 2 (1 kali pada periode 3 sampai 7 hari setelah melahirkan), (c) KF 3 (1 kali pada periode 8 – 28 hari), dan (d) KF 4 (1 kali pada periode 29 sampai 42 hari setelah melahirkan). KF Lengkap meliputi KF1 hingga KF4 secara penuh.

Pada periode ini, terlihat pola yang serupa dengan pemeriksaan kehamilan, dimana semakin lama, cakupan layanan semakin menurun (**Gambar 3.3**). Cakupan pelayanan nifas masing-masing sebesar KF1 sebesar 83,9%; KF2 sebesar 71,9%; KF3 sebesar 44,3%, dan KF4 sebesar 32,8%. Proporsi KF Lengkap hanya sebesar 26,8%. Kesenjangan yang besar pada cakupan KF Lengkap terlihat berdasarkan provinsi, dengan cakupan tertinggi adalah Bali (47,1%) dan terendah adalah Papua Tengah (7,5%) sehingga masih terdapat selisih cakupan sebesar 39,6%.

GAMBAR 3.4. DATA SKI 2023 UNTUK MASA NIFAS

MASA NIFAS	
9,1%	ibu mengalami keluhan pada masa nifas (payudara bengkak, sakit kepala, perdarahan, bengkak kaki, baby blues, hipertensi, demam, keluar cairan berbau, kejang, lainnya)
83,9%	melakukan kunjungan nifas KF1, tetapi hanya 26,8% yang kunjungan KF-nya lengkap
47,4%	ibu mengetahui tanda bahaya pada masa nifas
Gap kunjungan nifas terutama berdasarkan provinsi masih tinggi	



Pengambilan informasi melalui buku KIA di Pesisir Selatan

Sumber foto : BKKP

KETIDAKSETARAAN AKSES TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN IBU

Masih adanya ketidaksetaraan akses terhadap pelayanan kesehatan ibu seperti terlihat dari kesenjangan antara pedesaan dan perkotaan, antar status sosial ekonomi, dan provinsi (**Tabel 3.1**). Terlihat perbedaan yang besar pada cakupan kunjungan ANC K6^a terlihat berbeda antara kuintil ekonomi terkaya dan termiskin (berbeda 30,2%), serta berdasarkan provinsi di Indonesia (berbeda 61,2%). Cakupan persalinan di fasilitas kesehatan juga berbeda antara pedesaan dan perkotaan (11,7%), antara kuintil terkaya dan termiskin (23,2%), dan berdasarkan provinsi (69,7%). Kesenjangan cakupan kunjungan nifas berdasarkan provinsi juga tinggi (39,6%).

Berdasarkan tempat tinggal, proporsi pemeriksaan K1 Murni lebih tinggi di daerah perkotaan (87,9%)

a Kunjungan ANC minimal 6 kali, yang terdiri dari 1 kali pada Trimester 1, 2 kali pada Trimester 2, dan 3 kali pada Trimester 3 termasuk pelayanan USG oleh dokter.

dibanding daerah pedesaan yaitu sebesar 85%. Secara sosial ekonomi, proporsi pemeriksaan K1 Murni terbanyak dari sosial ekonomi teratas (91,2%) dan yang paling rendah adalah dengan tingkat sosial ekonomi terbawah yaitu 78,6%. Pola ini juga senada dengan pemeriksaan K4 dan K6 dengan gap terbesar berdasarkan sosial ekonomi dan provinsi (**Tabel 3.1**).

Berdasarkan lokasi tempat tinggal, terdapat kesenjangan yang besar pada proporsi persalinan di fasilitas kesehatan antara wilayah perkotaan (97,8%) dan pedesaan (83,2%). Namun, masih terlihat kesenjangan berdasarkan sosial ekonomi (99,1% pada kuintil ekonomi tertinggi dan 86,5% pada kuintil ekonomi terendah). Sedangkan berdasarkan sosial ekonomi, terlihat bahwa semakin tinggi tingkat sosial ekonomi, semakin tinggi persentase melakukan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proporsi paling rendah adalah pada sosial ekonomi

TABEL 3.1. KESENJANGAN CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN

	PEDESAAN/PERKOTAAN			SOSIAL EKONOMI			PROVINSI		
	Desa	Kota	Gap	Terendah	Tertinggi	Gap	Terendah	Tertinggi	Gap
Masa Kehamilan									
K1 Murni	85	87.9	2.9	78.6	91.2	12.6	42.2	94.8	52.6
K4	63.9	71.2	7.3	52.7	75.7	23.0	13.9	90.0	76.1
K6	12.3	21.6	9.3	4.3	34.5	30.2	4.1	65.3	61.2
Masa Persalinan									
Persalinan oleh Tenaga Kesehatan	93.9	97.8	3.9	86.5	99.1	12.6	41.0	100.0	59.0
Persalinan di Fasilitas Kesehatan	83.2	94.9	11.7	74.3	97.5	23.2	35.8	99.8	64.0
Masa Nifas									
KF1	83.0	84.5	1.5	77.8	87.0	9.2	35.0	94.9	59.9
KF Lengkap	25.6	27.6	2.0	23.5	30.7	7.2	7.5	47.1	39.6

terbawah (74,3%) dan paling tinggi pada sosial ekonomi teratas (97,5%). Kesenjangan antar wilayah juga terlihat, dengan proporsi terendah di wilayah Indonesia

Timur, yaitu di Provinsi Maluku Utara (63,6%), Maluku (48,2%) dan Papua Tengah serta Papua Pegunungan (35,8%).

Poin 3.5. Akses Terhadap KB Paska Salin

Akses terhadap KB pasca salin tinggi, dengan cakupan sebesar **71,9%**. KB pasca salin penting agar ibu dapat memiliki kendali atas jarak kehamilan dan memungkinkan pemulihan yang optimal untuk dirinya dan bayinya. KB pasca salin juga dapat membantu mencegah komplikasi kesehatan terkait kehamilan yang terlalu sering, yang berpotensi meningkatkan risiko komplikasi serius, yang berkontribusi pada angka kematian ibu. Kontrasepsi yang paling banyak digunakan pasca salin yaitu suntikan 3 bulan (38,4%), diikuti IUD (8,5%), susuk (7,3%), pil (6,7%), suntikan 1 bulan (5,1%), steril wanita (3,6%), kondom (2,0%), dan steril pria (0,2%). Diantara ibu yang tidak menggunakan KB pasca salin, alasan utamanya adalah tidak diizinkan suami (27,7%). Dari data diatas terlihat praktik KB di Indonesia saat ini menunjukkan ketimpangan gender dan kentalnya budaya patriarki.

KONDISI KESEHATAN NEONATUS BERDASARKAN SKI 2023

Kesehatan neonatal dikelompokkan menjadi neonatal dini dan neonatal lanjut untuk menyesuaikan periode kritis masalah dan kematian pada neonatal.

Pada periode neonatal dini, prevalensi BBLR dan bayi prematur, yang merupakan penyebab kematian neonatal terbesar di Indonesia, masing-masing adalah 6,1% dan 11,1%. Bayi BBLR (berat badan lahir rendah <2500 gram) dan bayi lahir prematur (kurang dari 37 minggu usia kandungan) merupakan penyebab kematian tertinggi atau berkontribusi terhadap 63,5% kematian neonatal berdasarkan data *Maternal Perinatal Death Notification* (MPDN) tahun 2019 – 2022.

Berdasarkan sebarannya, prevalensi BBLR berkisar antara 2,7-8%, sedangkan bayi prematur antara 3,1 - 36,9%. Tercatat ada 17 provinsi dengan prevalensi BBLR yang berada diatas atau sama dengan angka nasional yaitu Kepulauan Bangka Belitung, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, D.I Yogyakarta, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat, Papua Barat Daya, Papua Tengah, Papua Pegunungan, dan 13 provinsi dengan prevalensi prematur yang berada di atas angka nasional yaitu Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Kepulauan Bangka Belitung, Sulawesi Utara,



Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Pegunungan. Prevalensi BBLR nasional menurun sebesar 0,1% sedangkan prevalensi prematur menurun 18,4% jika dibandingkan dengan data Riskesdas 2018. Dibandingkan dengan hasil Riskesdas tahun 2018, 11 provinsi mengalami peningkatan prevalensi BBLR dengan kisaran antara 0,1-1,9%, dan tidak ada provinsi yang prevalensi prematurnya meningkat.

Meskipun berpotensi sebagai penyebab kematian neonatal, hampir 1 dari 4 BBLR tidak dilakukan perawatan tertentu. Hasil SKI 2023 menunjukkan bahwa 23,6% BBLR tidak diberikan perawatan tertentu. BBLR umumnya rentan terhadap risiko hipotermia, sehingga perawatan yang diterima mayoritas berfokus pada upaya menjaga suhu tubuh bayi yaitu meliputi 44,1% diletakkan dalam inkubator dan 19,3% dilakukan perawatan metode kangguru. Selain itu, 3,4% menjawab diberikan perawatan lain dan 9,4% tidak diketahui.

Pada periode neonatal dini, keberlanjutan antara 2 kunjungan neonatal (KN1 dan KN2) terlihat semakin menurun. Data SKI 2023 mencatat cakupan KN1 cukup baik dengan besaran 87,6%, akan tetapi cakupan pada KN2 menurun menjadi 67,9%. Idealnya, kunjungan neonatal dilakukan minimal tiga kali dengan 2 kali pada

periode neonatal dini dan 1 kali pada periode neonatal lanjut. Kunjungan neonatal I (KN1) dilakukan pada 6-48 jam setelah lahir, kunjungan neonatal II (KN2) pada hari 3-7 hari, dan kunjungan neonatal III (KN3) dilakukan pada 8-28 hari (**Gambar 3.6**). Kunjungan neonatal ini dimaksudkan untuk pemantauan kesehatan neonatus dan mengurangi risiko kematian pada periode ini.

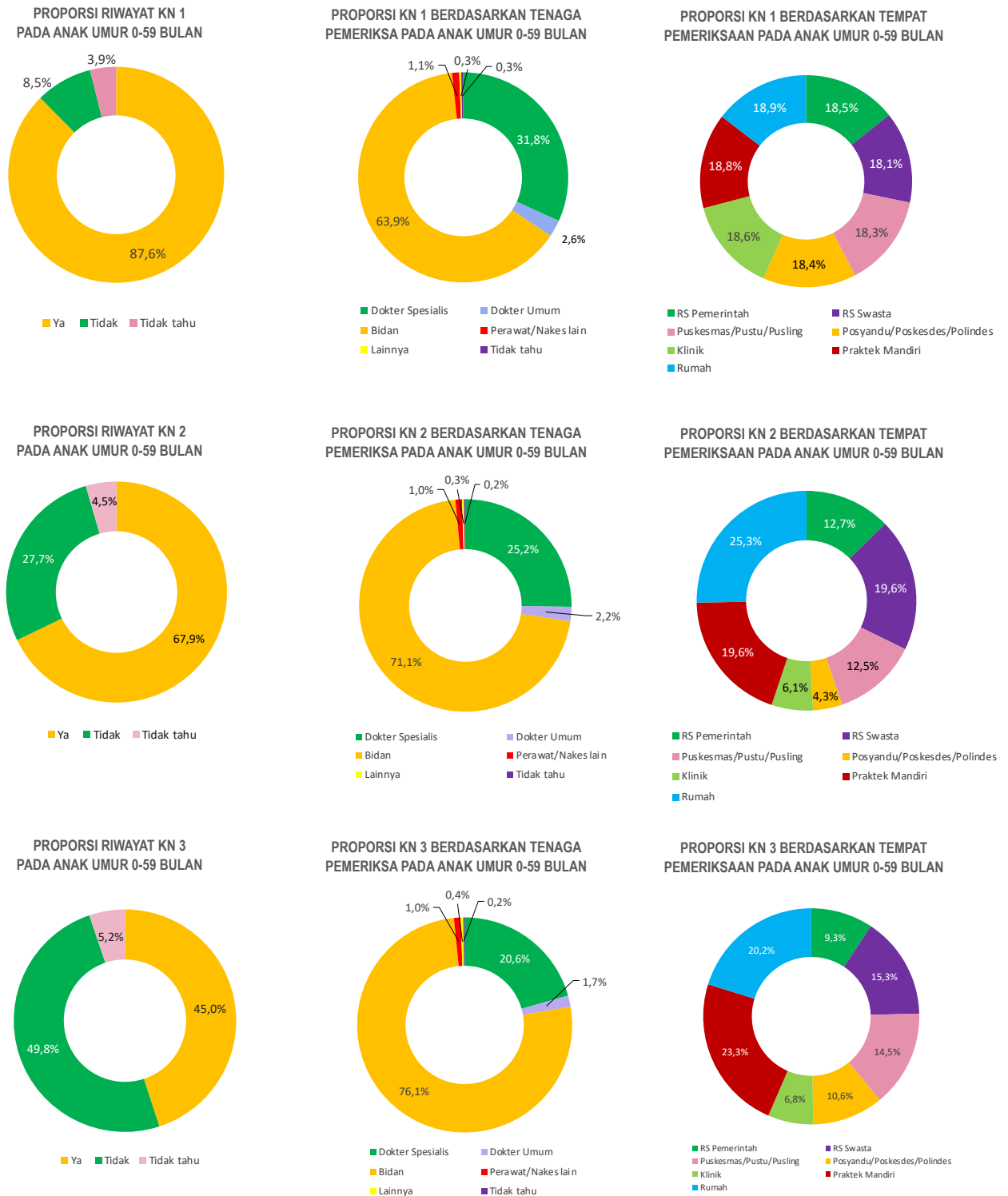
Terkait progres lainnya, persentase inisiasi menyusui dini sudah baik, sedangkan persentase skrining hipotiroid kongenital perlu ditingkatkan. Hasil SKI mendapatkan sebanyak 94,1% bayi dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD). Hal ini merupakan langkah baik untuk gizi dan daya tahan tubuh neonatal, serta stimulus keberlanjutannya sampai pemberian ASI eksklusif pada bayi. Selain daya tahan tubuh, tumbuh kembang bayi juga diupayakan dipantau dengan deteksi kelainan bawaan hipotiroid. Saat ini cakupannya baru mencapai 20,7% (dengan kisaran 7,8-49,7% per provinsi) dan perlu ditingkatkan proporsi skrining untuk deteksi dini kelainan bawaan yang dapat mempengaruhi kesehatan neonatus. Proporsi kelainan bawaan lainnya seperti kaki pengkor, hidrocephalus, bibir sumbing, kembar siam, tidak punya lubang anus, Down Syndrome, berkisar antara 0,2%-0,3%. Sedangkan kelainan jantung bawaan, dan thalasemia, berturut-turut 0,4% dan 0,6%.

GAMBAR 3.5. DATA SKI 2023 UNTUK PERIODE NEONATAL DINI

DATA NEONATAL DINI (7 HARI PERTAMA KELAHIRAN)

- 6,1% BBLR dan 11,1% bayi prematur (faktor risiko tertinggi kematian neonatus)
- 23,6% BBLR belum dilakukan perawatan tertentu
- 94,1% bayi dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
- 20,7% bayi yang dilakukan skrining hipotiroid kongenital (untuk deteksi kelainan bawaan)
- 87,6% bayi mendapat kunjungan neonatal 1 (KN1)
- 67,9% bayi mendapat kunjungan neonatal 2 (KN2)

GAMBAR 3.6 DATA SKI UNTUK PROPORSI KN1, KN 2 DAN KN 3

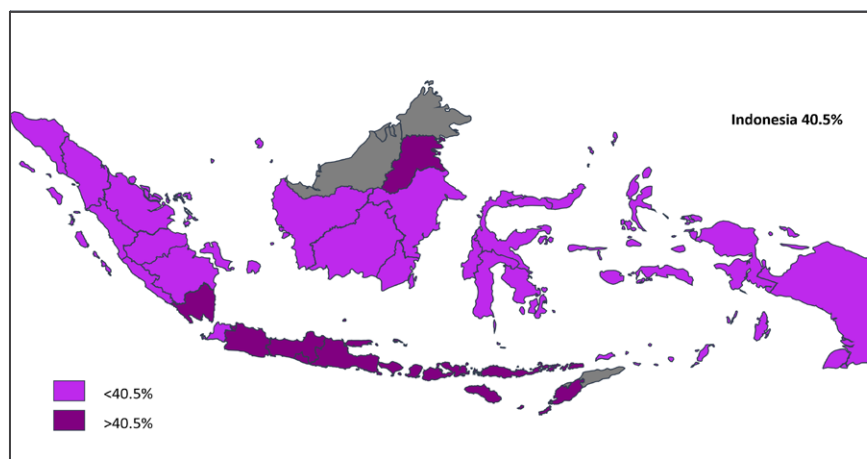
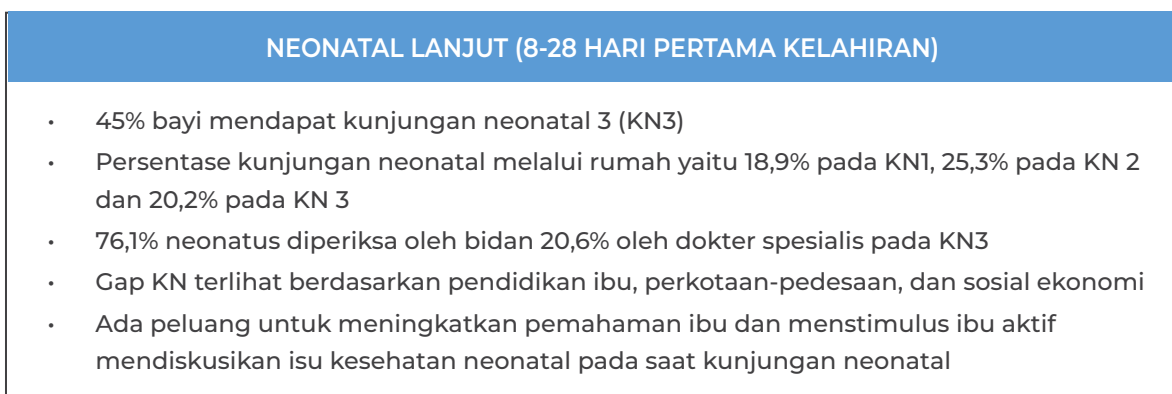


KEBERLANJUTAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI NEONATAL MASIH MENJADI ISU YANG PERLU DIATASI.

Sebagai rangkaian kunjungan neonatal, cakupan kunjungan neonatal terlihat menurun dari 87,6% pada KN1 menjadi hanya 45% pada KN3. Jumlah ini menurun hampir separuhnya. Berdasarkan tempat pemeriksaannya, kunjungan neonatal 1 sampai 3 secara umum banyak dilakukan di berbagai jenis fasilitas kesehatan. Persentase kunjungan neonatal

yang dilakukan melalui kunjungan rumah yaitu 18,9% (pada KN 1) menjadi 25,3% (pada KN2) dan 20,2% (pada KN3). Mayoritas neonatus diperiksa oleh tenaga kesehatan yaitu oleh bidan, sehingga harapannya tetap terjamin kualitas pelayanan yang baik untuk mendeteksi risiko kesehatan neonatus.

GAMBAR 3.7. DATA SKI 2023 UNTUK PERIODE NEONATAL LANJUT



GAMBAR 3.8. GAMBARAN PROPORSI PELAYANAN KUNJUNGAN NEONATAL LENGKAP BERDASARKAN PROVINSI

Angka nasional kunjungan neonatal lengkap baru mencapai separuh dari target yang diharapkan. Jika sebelumnya disebutkan bahwa kunjungan neonatal semakin lama semakin menurun, isu lainnya adalah angka kunjungan neonatal yang lengkap minimal 3 kali baru mencapai 40,5%. Angka ini masih belum mencapai target RPJMN 2020-2024 yang sebesar 95% pada tahun 2024. Berdasarkan sebarannya, ada 10 provinsi yang mempunyai angka kunjungan neonatal lengkap lebih besar dari angka prevalensi nasional, sedangkan sisanya masih berada di bawah rata-rata nasional. Sepuluh provinsi dengan KN lengkap lebih dari 40,5% adalah Jawa Tengah (43,6%), Kalimantan Utara (45,6%), Nusa Tenggara Timur (50,7%), Nusa Tenggara Barat (47,5%), Jawa Timur (50,5%), Lampung (51,1%), Jawa Barat (54,2%), DI Yogyakarta (58,1%), DKI Jakarta (63,4%), dan Bali (64,9%).

Sementara itu, 5 provinsi dengan cakupan KN lengkap terendah berturut-turut adalah Papua Tengah (14,4%), Papua Pegunungan (15,3%), Papua Barat Daya (15,9%), Maluku (18,9%), dan Papua Selatan (21,2%).

Masih adanya kesenjangan cakupan kunjungan neonatal berdasarkan tingkat pendidikan, tempat tinggal, dan status sosial ekonomi. Berdasarkan tingkat pendidikan, ibu dengan pendidikan tertinggi (tamam D1/D2/D3/PT) melakukan kunjungan neonatal sebesar 48,1% dibandingkan ibu dengan pendidikan terendah (tidak/belum pernah bersekolah) sebesar 31,3%. KN lengkap di perkotaan sebesar 42,8% lebih tinggi dibandingkan 37,4% di pedesaan. Serta pada keluarga dengan sosial ekonomi tinggi, KN lengkapnya 47,1% atau lebih tinggi dibandingkan pada keluarga sosial ekonomi rendah 32,7%.

Poin 3.6. Peningkatan cakupan pelayanan kesehatan neonatal juga perlu diikuti dengan peningkatan kualitas layanan

Hasil SKI 2023 mengidentifikasi kualitas pelayanan kesehatan neonatal berdasarkan 12 pelayanan neonatal esensial yang diterima. Harapannya semua yang melakukan kunjungan neonatal akan mendapatkan 12 pelayanan neonatal esensial, yang meliputi konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif, pemeriksaan kesehatan dengan pendekatan MTBM, pemberian vitamin K1 bagi yang lahir tidak di fasyankes atau belum mendapatkan injeksi vitamin K1, imunisasi Hepatitis B injeksi untuk bayi usia <24 jam dan penanganan rujukan kasus neonatal komplikasi. Data SKI menunjukkan >80% neonatus sudah dilakukan pengukuran antropometri neonatus serta pemberian Hb-0, vitamin K1, dan salep. Selain itu, aspek edukasi (ASI dan tanda bahaya) pada ibu bayi saat ini berkisar antara 69%-87%. Perlu untuk meningkatkan edukasi untuk memperdayakan ibu dan keluarga dalam menjaga kesehatan neonatus, mencegah komplikasi dan masalah kesehatan, serta merujuk apabila diperlukan.



Penimbangan bayi baru lahir di Toraja

Sumber foto : BKP



Antusiame rumah tangga ikut terlibat dalam pengumpulan data SKI 2023 di Kab. Mappi, Papua Selatan

Sumber foto : BKP

SUMBER DATA LAIN UNTUK IDENTIFIKASI KESEHATAN IBU DAN NEONATUS

Memformulasikan upaya yang efektif untuk mencegah kematian ibu dan neonatal perlu berangkat dari adanya data rutin yang representatif (tidak *under-reported*) dan akurat menggambarkan besaran masalah serta dapat digunakan untuk membantu mengidentifikasi faktor risiko. Sejak tahun 2019, Kemenkes mengadopsi panduan *Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response* (MPDSR) dari WHO dan menerapkan Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Respon (AMPSR) dengan komponen pelaporan kematian yang disebut *Maternal and Perinatal Death Notifications* (MPDN).

Analisis data MPDN periode Januari 2019 hingga Mei 2023 menunjukkan kematian ibu terbanyak pada masa nifas (51%), diikuti kehamilan (30%) dan persalinan (16%). Diantara seluruh kematian neonatal yang dilaporkan pada periode yang sama, sebagian besar terjadi pada 7 hari pertama setelah lahir, yaitu 22,6% pada 24 jam pertama dan 54,3% pada 2-7 hari pertama, dan sisanya pada 8-28 hari sejak lahir. Sebagian besar kematian ibu (70%) dan kematian neonatal (84%) terjadi di RS⁷.

TANTANGAN PELAYANAN KIA

Upaya meningkatkan kesehatan ibu dan neonatal perlu dilakukan dengan pendekatan pelayanan terintegrasi dan berkelanjutan (*continuum of care*) mengingat keduanya sangat berkaitan. Komplikasi maternal meningkatkan risiko kematian neonatal^{8,9}. Risiko kematian neonatal dini meningkat lebih dari 4 kali lipat pada ibu yang

mengalami eklampsia. Oleh sebab itu, memastikan komplikasi diidentifikasi lebih awal dan ditangani secara adekuat dan tepat waktu merupakan aspek kunci. Untuk mencapai hal tersebut, perlu memahami berbagai tantangan, baik dari sisi sistem pelayanan kesehatan maupun dari pengguna layanan (ibu dan keluarga).

Poin 3.7: Integrasi Layanan Primer (ILP) untuk pelayanan KIA

Salah satu Program prioritas Kementerian Kesehatan saat ini, yaitu ILP yang menggunakan pendekatan *life cycle* (siklus hidup) di setiap jenjang layanan primer, diharapkan akan mampu memastikan pelayanan terintegrasi dan berkelanjutan termasuk untuk kesehatan ibu dan neonatal. Pendekatan siklus hidup dalam konteks kontinum pelayanan kesehatan ibu mengidentifikasi bahwa kebutuhan kesehatan perempuan berubah sepanjang tahapan kehidupannya, mulai dari masa remaja hingga kehamilan, persalinan, masa nifas, dan seterusnya. Hal ini menekankan pentingnya penyediaan pelayanan yang komprehensif dan terintegrasi yang menjawab kebutuhan yang terus berkembang di setiap tahap.

TANTANGAN PELAYANAN KIA DARI SISI PELAYANAN KESEHATAN

Terdapat tantangan pada keberlanjutan pelayanan kesehatan (kunjungan antenatal dan postnatal) sehingga terjadi *missed opportunities* untuk menyelamatkan lebih banyak ibu dan bayi. Hal ini terlihat dari kunjungan ANC, kunjungan nifas, dan kunjungan neonatal yang semakin lama semakin menurun. Salah satu isunya adalah adanya ketidakmerataan pelayanan kesehatan yang tersedia di setiap wilayah di Indonesia. Ketidakmerataan availabilitas fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang memadai dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi, terutama terjadi di wilayah timur dibandingkan di barat Indonesia. Selain itu, kompetensi tenaga kesehatan juga menjadi isu. Seperti pada banyak wilayah dengan ketersediaan pelayanan kesehatan terbatas, pelayanan kesehatan banyak bertumpu pada bidan wilayah, yang secara kompetensi masih membutuhkan peningkatan kapasitas dalam memberi pelayanan¹⁰. Hasil SKI 2023, menunjukkan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi tidak selalu merata dan masih ada kesenjangan terutama berdasarkan status sosial ekonomi dan wilayah. Cakupan pelayanan kesehatan juga tidak selalu diimbangi dengan kualitas yang baik. Kunjungan antenatal, hanya 57,8% yang mendapat pelayanan 10T sesuai standar, sedangkan pada neonatal, belum semua neonatal mendapat pelayanan neonatal esensial pada saat kunjungan.

Pandemi COVID-19 mengakibatkan disrupsi sistem kesehatan, termasuk kesehatan ibu dan bayi¹¹ dan menambah tantangan untuk mengembalikan kemajuan yang sebelumnya telah dicapai. Kajian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan pada 2020

menunjukkan 27,5% puskesmas mengurangi jam layanan dan jumlah kunjungan menurun di sebagian besar puskesmas (83,6%)¹². Hambatan dalam mengakses layanan kesehatan ibu menyebabkan ibu hamil tidak mendapat yang layanan antenatal yang memadai. Survei oleh UNICEF pada 2020 menunjukkan 76% posyandu pernah menghentikan kegiatannya, dan sebanyak 46% posyandu melaporkan menghentikan layanan antenatal¹³.

Akses ke pelayanan kesehatan juga terkait dengan pembiayaan. Laporan tahun 2018 melaporkan sebagian masyarakat tidak memanfaatkan JKN dalam mengakses pelayanan kesehatan ibu dan bayi. Berdasarkan data ini hanya sebanyak 22%, 35%, dan 6% ibu yang

Poin 3.8. Akses Pelayanan Kesehatan Sebagai Tantangan

Selain distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, jarak tempuh, kondisi geografis, dan biaya transportasi turut menjadi tantangan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Data Riskesdas 2018, hanya 27% rumah tangga di wilayah Papua-Maluku yang memiliki akses mudah ke pelayanan kesehatan, sedangkan di pulau Jawa angkanya belum maksimal atau baru mencapai 42,2%. Menurut data SKI 2023, akses ke puskesmas lebih mudah dari ke RS, itupun baru 50% penduduk yang menganggap Puskesmas mudah diakses. Untuk akses ke Puskesmas dan jaringannya, sebanyak 21 provinsi memiliki indeks akses sangat sulit diatas indeks Nasional (28,9%), dan 10 provinsi untuk indeks kemudahan akses ke RS sulit diatas indeks Nasional (40,4 %).



menggunakan JKN untuk mengakses pelayanan antenatal, persalinan, dan postnatal. Sebagian besar sisanya menggunakan biaya *out-of-pocket* karena tidak memiliki JKN atau tidak memanfaatkannya. Asumsinya banyak ibu melakukan kunjungan di praktek bidan mandiri yang tidak menggunakan BPJS sehingga pemanfaatan JKN menjadi belum optimal¹⁴.

Besarnya proporsi kematian ibu dan neonatal di RS menunjukkan keberhasilan dalam meningkatkan akses layanan kesehatan, namun di sisi lain mengindikasikan masalah dalam kualitas layanan, baik di RS maupun fasilitas kesehatan perujuk. Walaupun SKI tidak memberikan informasi mengenai tempat kematian ibu, namun analisis dari data MPDN menunjukkan pentingnya menelaah aspek kualitas layanan kesehatan.

TANTANGAN PELAYANAN KIA DARI SISI PENGGUNAAN LAYANAN

Dari sisi ibu dan keluarga, masih ada preferensi mencari pertolongan ke non-tenaga kesehatan. Contohnya ibu melahirkan dibantu non-tenaga kesehatan (dukun) di beberapa wilayah karena kepercayaan lokal dan kenyamanan interpersonal. Hasil SKI menunjukkan progress yang baik dengan hanya 3,9% yang melahirkan tanpa tenaga kesehatan. Persalinan tanpa tenaga kesehatan ini akan berdampak pada keterlambatan pemeriksaan lainnya, seperti kunjungan neonatal (KN1) dan tidak dapat mendeteksi dan melakukan penanganan secara komprehensif jika ada masalah kesehatan. Selain itu, adanya praktek self-medication seperti yang dilaporkan pada studi di Jawa Timur sebesar 8,6%¹⁵. Praktek ini dapat menghambat ibu mencari pertolongan ke tenaga kesehatan atau fasilitas kesehatan karena anggapan kemudahan akses dan hemat waktu, riwayat sosial demografi, pengalaman riwayat terdahulu, dan kurangnya pengetahuan tentang dampak obat.

Selain akses, keterlambatan pencarian pertolongan dapat juga diakibatkan oleh kurangnya pemahaman mengenai tanda bahaya dan persepsi terhadap kegawatdaruratan. Suatu studi pada kasus kematian ibu di Kabupaten Jember mengindikasikan perbedaan

pola pencarian pertolongan yang tampaknya dipengaruhi oleh periode kehamilan. Ibu yang meninggal pada masa nifas lebih dari 24 jam pasca salin lebih banyak yang mencari perawatan dari non-tenaga kesehatan dibandingkan dengan ibu yang meninggal saat melahirkan atau dalam waktu 24 jam pasca salin¹⁶. Hal ini kemungkinan disebabkan komplikasi pada masa nifas tidak dianggap mengancam jiwa ataupun karena pada masa nifas perhatian lebih banyak terfokus kepada bayi. **Kesetaraan gender juga perlu menjadi perhatian.** Perempuan perlu memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan bagi kesehatan diri dan bayinya. Dalam studi kematian ibu di Kabupaten Jember, pada sekitar 67% dari kasus kematian ibu, keputusan pencarian pertolongan ditentukan oleh suami dan keluarganya¹⁶.

Pandemi COVID-19 mengakibatkan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan. Adanya ketakutan terhadap penularan COVID-19 dan sentimen negatif terhadap layanan kesehatan mengakibatkan sebagian masyarakat menolak datang ke fasilitas kesehatan, sehingga menyebabkan keterlambatan pencarian pertolongan dan menurunkan capaian indikator para periode tersebut.



POTENSI UNTUK PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN NEONATUS DI INDONESIA

Integrasi Layanan Primer yang telah dicanangkan sejak 2023 memberi harapan untuk terjadinya peningkatan kualitas layanan primer, sekaligus mengurangi kesenjangan dalam akses pelayanan kesehatan. Upaya integrasi layanan primer dengan pendekatan siklus hidup ini dilakukan berjenjang mulai dari tingkat puskesmas,ustu, posyandu, hingga adanya kunjungan rumah, serta akan ada *sweeping* untuk menjangkau sasaran yang tidak datang ke pelayanan kesehatan. Hal ini diharapkan dapat mengurangi drop-out/tidak berlanjutnya kunjungan ibu dan neonatal. Selain itu, dengan mengadopsi pendekatan siklus hidup dalam rangkaian pelayanan kesehatan ibu dan neonatal, sistem layanan kesehatan diharapkan dapat mengatasi kebutuhan perempuan yang beragam dan terus berkembang pada berbagai tahap perjalanan reproduksi mereka dengan lebih baik, sehingga pada akhirnya meningkatkan hasil kesehatan ibu dan bayi baru lahir serta berkontribusi terhadap kesejahteraan ibu secara keseluruhan.

Perlunya upaya-upaya strategis untuk meningkatkan kesehatan ibu, diantaranya peningkatkan kualitas pelayanan ANC yang sesuai standar 10T, memastikan persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan, pembatasan usia pernikahan, dan pemerataan akses. Kualitas pelayanan sesuai standar 10T salah satunya diperuntukkan untuk mendeteksi risiko ibu lebih dini, misalnya anemia, risiko gizi, keluhan yang dirasakan ibu, agar dapat menanggulangi lebih dini dan mencegah komplikasi dan kematian. Selanjutnya, peningkatan persalinan di fasilitas kesehatan dan oleh tenaga

kesehatan disertai evaluasi sarana prasarana di fasilitas kesehatan dan kompetensi tenaga kesehatan juga masih dibutuhkan. Hal lain adalah sosialisasi pembatasan usia pernikahan untuk menurunkan persalinan usia kurang dari 20 tahun melalui koordinasi dan kerjasama dengan lintas sektor terkait, misalnya BKKBN, Kementerian Agama, Kemendikbudristek. Untuk pemerataan akses bagi seluruh sasaran agar menurunkan kesenjangan pada lokasi tempat tinggal, sosial ekonomi, dan provinsi.

Terkait kesehatan neonatus, kunjungan neonates harus dilakukan sampai selesai (adanya continuum of care). Sama seperti maternal, semakin lama persentase kunjungan ini semakin menurun seiring waktu, padahal perawatan yang kontinu merupakan upaya meningkatkan kesehatan dan menurunkan kematian pada periode neonatal. Selain itu, pelayanan neonatal yang esensial menjadi pintu penting untuk edukasi terhadap ibu dari neonatus. Aspek edukasi (ASI dan tanda bahaya) dan diskusi (diare dan status kesehatan neonatus) bagi ibu merupakan aspek diantara 12 pelayanan neonatal esensial yang potensial ditingkatkan untuk memberdayakan keluarga dalam meningkatkan status kesehatan neonatal.

Dan yang terakhir, harapan untuk KIA adalah pemerataan akses bagi seluruh sasaran agar menurunkan kesenjangan pada lokasi tempat tinggal, sosial ekonomi, dan provinsi.



DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization. Maternal Health. https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
- World Health Organization. Maternal Mortality. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#Overview>
- UNICEF Data. Newborn case. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/newborn-care/#:-:text=Neonatal%20mortality%20is%20on%20the%20decline%20globally%20with,million%20in%201990%20to%202.3%20million%20in%202021>
- Kementerian Kesehatan RI. Data Maternal Perinatal Notifikasi
- USAID. Preventing Child and Maternal Deaths: A Framework for Action in a Changing World. <https://www.usaid.gov/PreventingChildAndMaternalDeaths>
- World Health Organization Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. New York: Every Woman Every Child. 2016.
- GiKIA Kemenkes RI dan UNFPA. Paparan Analisa Data MPDN 2019-2023.
- Kalter HD, Setel PW, Deviany PE, Nugraheni SA, Sumarmi S, Weaver EH, Latief K, Rianty T, Nandiaty F, Anggondowati T, Achadi EL. Modified Pathway to Survival highlights importance of rapid access to quality institutional delivery care to decrease neonatal mortality in Serang and Jember districts, Java, Indonesia. *Journal of global health.* 2023;13.
- Anggondowati T, El-Mohandes AA, Qomariyah SN, Kiely M, Ryon JJ, Gipson RF, Zinner B, Achadi A, Wright LL. Maternal characteristics and obstetrical complications impact neonatal outcomes in Indonesia: a prospective study. *BMC pregnancy and childbirth.* 2017 Dec;17:1-2.
- Andriani H, Rachmadani SD, Natasha V, Saptari A. Continuum of care in maternal, newborn and child health in Indonesia: Evidence from the Indonesia Demographic and Health Survey. *Journal of Public Health Research.* 2022 Oct;11(4):22799036221127619.
- Mahendradhata Y, Andayani NL, Hasri ET, Arifi MD, Siahaan RG, Solikha DA. The capacity of the Indonesian healthcare system to respond to COVID-19. *Frontiers in public health.* 2021 Jul 7;9:649819.
- Pratiwi AM, Tuerah GG, Vanya H, Irawan KI, Adirespati S, Eke Z. Kumpulan rekomendasi kebijakan: penanganan krisis multidimensi pandemi COVID-19. Knowledge Sector Initiative (KSI). Diakses . 2020;15.
- Kemenkes RI dan UNICEF. 2020. Report of Rapid Health Assessment: Ensuring Sustainability of Essential Health Services for Children and Mothers During the COVID-19 Pandemic in Indonesia.
- Kemenkes RI. Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018. *Kementerian Kesehatan RI.* 2018 Dec;53(9):1689-99. REF
- Damayanti NA, Wulandari RD, Ridlo IA. Maternal health care utilization behavior, local wisdom, and associated factors among women in urban and rural areas, Indonesia. *International Journal of Women's Health.* 2023 Dec 31:665-77.
- Anggondowati T, Deviany PE, Latief K, Adi AC, Nandiaty F, Achadi A, Kalter HD, Weaver EH, Rianty T, Ruby M, Wahyuni S. Care-seeking and health insurance among pregnancy-related deaths: A population-based study in Jember District, East Java Province, Indonesia. *PloS one.* 2022 Mar 23;17(3):e0257278.



Bahu-membahu mengukur panjang balita di Kab. Siak, Riau

Sumber foto : BKPK

04

BAB 4

STATUS GIZI BALITA

STUNTING DI INDONESIA DAN FAKTOR DETERMINAN

TEMUAN UTAMA

- Berdasarkan hasil SKI 2023 ditemukan bahwa 1 dari 5 balita di Indonesia (21,5%) mengalami stunting dengan kasus terbanyak pada kelompok usia 2 sampai 3 tahun. Angka ini tidak begitu berbeda dengan hasil survey di 2022. Namun demikian, penurunan stunting di Indonesia sudah terlihat membaik dibandingkan dengan prevalensi stunting di 2013 yaitu 37,6%.
- Tiga provinsi yang memiliki prevalensi stunting paling banyak di Indonesia adalah: Papua Tengah (39,4%), Nusa Tenggara Timur (37,9%), dan Papua Pegunungan (37,3%). Sedangkan ada tiga provinsi yang telah mencapai target RPJMN 2024 yaitu stunting di bawah 14%, yaitu: Bali (7,2%), Jambi (13,5%) dan Riau (13,6%).
- Faktor penyebab stunting yang terekam lewat SKI 2023 adalah faktor ibu, bayi, dan rumah tangga. Sebagian datanya adalah 16,9% ibu hamil memiliki risiko Kurang Energi Kronis, kunjungan ibu hamil ANC empat kali sebesar 68,1%, 68,6% bayi mendapat ASI eksklusif, dan 78,9% proporsi rumah tangga dengan akses higiene dasar.



STUNTING DI INDONESIA DAN FAKTOR DETERMINAN

Gizi merupakan aspek kunci bagi pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas dan pembangunan bangsa. Sesuai target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/ *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2.2, segala bentuk malnutrisi diharapkan dapat teratasi, termasuk pemenuhan kebutuhan gizi remaja perempuan, ibu hamil dan menyusui, serta lansia¹. Salah satu permasalahan gizi yang menjadi fokus global adalah mengatasi stunting pada balita, yang merupakan kondisi kronis akibat kekurangan gizi pada masa pertumbuhan awal dan berpotensi mempengaruhi perkembangan fisik dan kognitif anak hingga dewasa.

Laporan ini mempresentasikan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 terkait angka stunting di Indonesia dan beberapa faktor determinan yang mendasari. Laporan ini mengangkat isu penting tentang perlunya perhatian serius dalam mengatasi permasalahan stunting. Laporan ini juga membahas faktor-faktor penyebab stunting serta konteks yang terkait dengan isu tersebut, termasuk sanitasi dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Selain itu, laporan ini juga mengulas upaya-upaya yang diperlukan dan telah dilakukan oleh Pemerintah Indonesia untuk mengatasi masalah stunting. Dengan mengidentifikasi

Poin 4.1. Mengapa Isu Stunting Perlu Mendapat Perhatian?

Stunting adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan asupan gizi memadai, infeksi berulang seperti diare dan cacingan, dan kurangnya akses ke layanan kesehatan dan layanan esensial lainnya terutama pada 1000 hari pertama kehidupan². Stunting ditandai dengan panjang atau tinggi badan bayi/ anak berada di bawah standar.

Stunting memiliki pengaruh jangka pendek dan jangka panjang, termasuk perkembangan anak di masa yang akan datang terkait kognitif, motorik dan verbal. Anak-anak yang mengalami stunting akan memiliki kerentanan yang lebih tinggi terhadap penyakit tidak menular (PTM) di masa dewasa, seperti obesitas, hipertensi, diabetes hingga kanker. Hal ini dapat mempengaruhi produktivitas, potensi pendapatan dan keterampilan sosial di kemudian hari. Dampak tersebut akan menjadi beban negara dan meningkatkan potensi kerugian ekonomi yang besar.

faktor penyebab dan mengulas upaya-upaya yang telah dilakukan, laporan ini diharapkan dapat memberikan pandangan menyeluruh mengenai situasi stunting di Indonesia serta memberikan arahan untuk langkah-langkah yang dapat diambil untuk mencegah terjadinya stunting di Indonesia.

Prevalensi stunting secara global pada tahun 2022 adalah 22,3% dengan 148,1 juta balita di dunia mengalami stunting. Lebih dari setengah balita stunting di dunia berasal dari Asia (76,6 juta) dan sekitar 42% (63,1 juta) berasal dari Afrika³. The 2022 ASEAN Snapshot Report menunjukkan bahwa Kamboja, Filipina, Vietnam, dan Myanmar mengalami penurunan prevalensi stunting sedangkan Malaysia, Thailand, dan Indonesia mengalami peningkatan prevalensi stunting. Prevalensi stunting di Malaysia meningkat dari tahun 2016 sebesar

17,7% menjadi 21,8% pada tahun 2020. Sama dengan itu, prevalensi stunting Thailand meningkat dari 10,5% (2016) ke 13,3% (2020). Sedangkan berdasarkan laporan tersebut, prevalensi Indonesia cenderung sedikit meningkat dari 27,5% (2016) ke 27,7% (2020). Adapun rata – rata angka stunting di Asia Tenggara sebesar 25,4%⁴. Pada tahun 2022, Indonesia diperkirakan menyumbang 4,7% dari seluruh kasus stunting di dunia³.

Dari **Poin 4.2** di atas bisa dipahami bahwa permasalahan stunting tidak hanya terkait masalah kesehatan saja. Faktor kesehatan hanya cerminan sebagian dari penyebab dan konteks stunting. Faktor determinan dan konteks dari stunting dipengaruhi oleh banyak hal, mulai dari lingkungan, ekonomi, hingga faktor sosial, politik, dan lainnya.

Poin 4.2. Apa penyebab dan konteks dari stunting pada anak?

Dalam kerangka WHO mengenai pertumbuhan dan perkembangan anak (stunting)⁵, stunting turut dipengaruhi oleh faktor pada tingkat rumah tangga dan komunitas atau negara. Faktor pada tingkat rumah tangga meliputi kondisi rumah, kualitas makanan yang buruk (termasuk rendahnya keragaman makanan), keamanan makanan dan minuman, penyakit infeksi, kondisi ibu (gizi ibu, kehamilan remaja, jarak antar kelahiran yang pendek, bayi lahir prematur, kesehatan mental yang buruk, dan hipertensi), perawatan anak yang kurang baik, serta pemberian ASI dan makanan tambahan yang tidak adekuat.

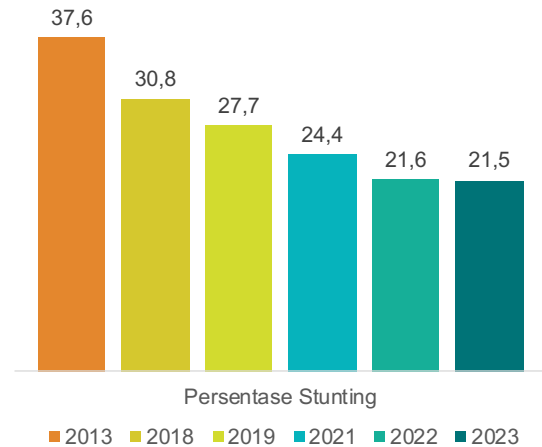
Faktor pada tingkat komunitas atau negara ini meliputi kondisi politik dan ekonomi suatu negara (termasuk harga makanan, kestabilan politik, kemiskinan, dan faktor ketenagakerjaan), sistem pertanian dan pangan (termasuk ketersediaan makanan kaya gizi, dan keamanan pangan), faktor air, sanitasi dan lingkungan (termasuk kepadatan penduduk, perubahan iklim, dan bencana alam dan non alam), pelayanan dan sistem kesehatan (terkait akses, kualitas penyedia layanan, infrastruktur dan kebijakan), masyarakat dan budaya, serta pendidikan.



TREN PREVALENSI STUNTING DI INDONESIA

Walaupun prevalensi stunting di Indonesia masih cukup tinggi, namun Indonesia sudah berhasil menurunkan prevalensi *stunting* dari 37,6% pada tahun 2013 menjadi 21,6% pada tahun 2022, dengan rata-rata penurunan sekitar 1,55% per tahun (**Gambar 4.1**). Prevalensi tersebut kemudian relatif stagnan pada temuan SKI 2023, yaitu di angka 21,5%. Perlu diakui progress ini belum dapat memenuhi target RPJMN 2020-2024 yang menargetkan prevalensi stunting sebesar 14% pada tahun 2024.

GAMBAR 4.1. TREN STUNTING PADA BALITA TAHUN 2013-2023



Pengukuran tinggi badan balita menggunakan stadiometer

Sumber foto : BPKP

ANGKA STUNTING DI INDONESIA TAHUN 2023



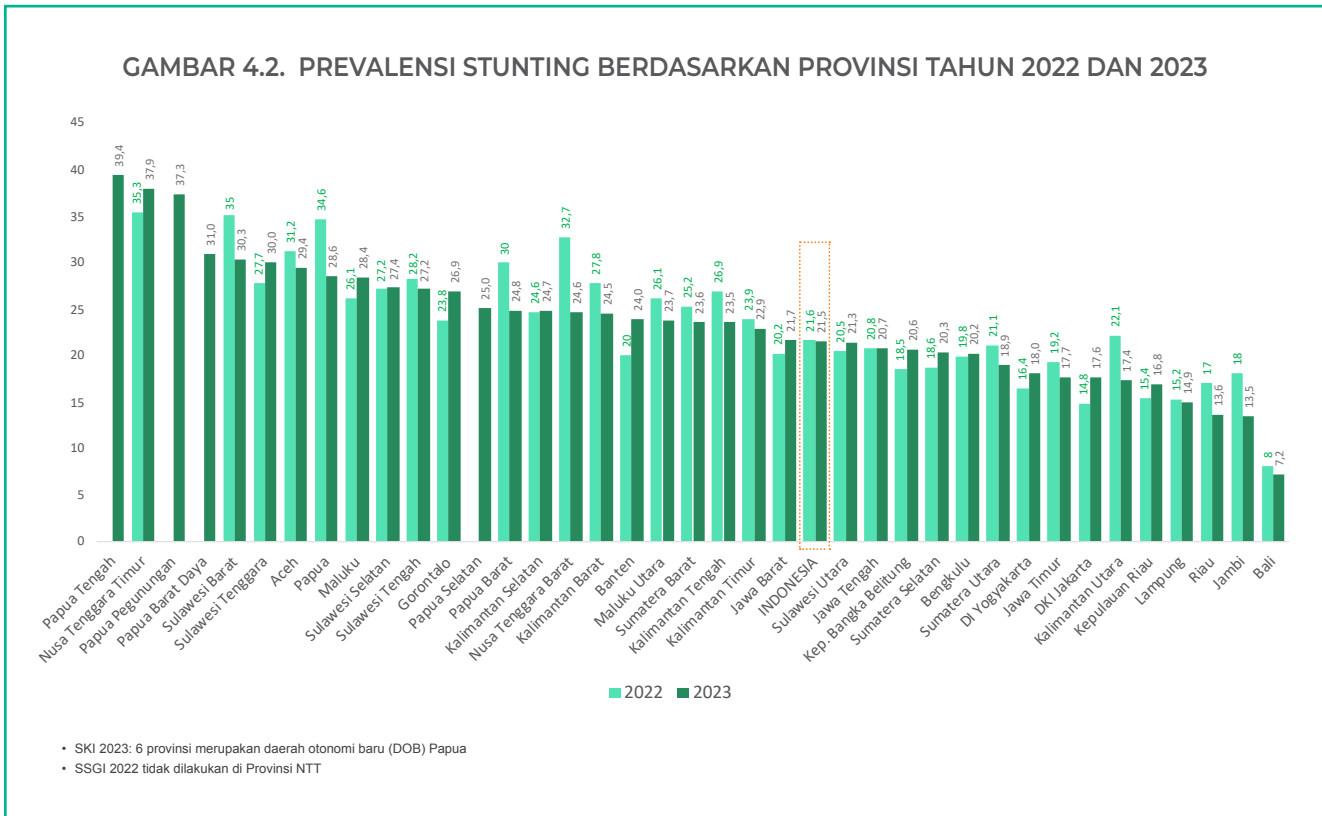
Pengukuran berat badan balita dengan digendong sang ibu agar balita merasa aman dan nyaman

Sumber foto : BKPK

Hasil SKI 2023 menunjukkan bahwa sekitar 1 dari 5 balita usia 0-59 bulan di Indonesia mengalami stunting pada tahun 2023. Data per provinsi menunjukkan bahwa terdapat gap yang cukup besar antar wilayah, dengan prevalensi stunting terendah sebesar 7,2% dan tertinggi sebesar 37,9%. Dari 38 provinsi di Indonesia, sebanyak 15 provinsi memiliki prevalensi stunting di bawah angka nasional (**Gambar 4.2**). Lima provinsi dengan prevalensi stunting terendah yaitu Bali (7.2%), Jambi (13.5%), Riau (13.6%), Lampung (14.9%), dan Kepulauan Riau (16.8%), Sedangkan masih ada 18 provinsi yang angka stuntingnya di atas angka nasional. Tiga provinsi yang memiliki prevalensi stunting paling tinggi di Indonesia adalah: Papua tengah (38,4%), Nusa Tenggara Timur (37,9%), dan Papua Pegunungan (37,3%).

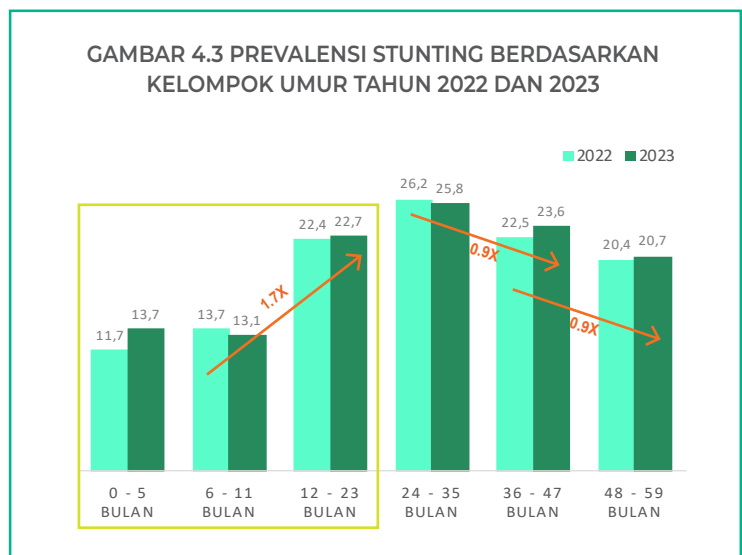
Jika dibandingkan dengan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022, NTB, Kaltara, Sulbar, Jambi dan Kalteng mengalami penurunan prevalensi stunting sebesar 3-8%, sementara Banten, Gorontalo, DKI Jakarta, Sultra dan Maluku mengalami kenaikan Prevalensi Balita Stunting sebesar 2-4%. Bali, Jambi dan Riau memiliki prevalensi stunting di bawah 14% (dibawah target RPJMN) tahun 2023 (**Gambar 4.2**).

GAMBAR 4.2. PREVALENSI STUNTING BERDASARKAN PROVINSI TAHUN 2022 DAN 2023



Kasus stunting terbanyak yaitu pada kelompok usia 24-35 bulan, dengan prevalensi sebesar 26,2% pada tahun 2022 dan 25,8% pada tahun 2023 (Gambar 4.3). Pada kelompok umur 36-47 bulan dan 48-59 bulan, prevalensi stunting menurun 0,9 kali dibandingkan pada kelompok umur 24-35 bulan.

GAMBAR 4.3 PREVALENSI STUNTING BERDASARKAN KELOMPOK UMUR TAHUN 2022 DAN 2023



Pengukuran tinggi badan balita

Sumber foto : BKPK



FAKTOR KESEHATAN IBU SEBAGAI SALAH SATU PENYEBAB STUNTING

Poin 4.2 sebelumnya menjelaskan sebagai secara menyeluruh terkait penyebab dan konteks dari kondisi populasi yang mengalami stunting. Pada bagian ini lebih dalam membahas kesehatan ibu dan bayi sebagai salah satu penyebab langsung dari stunting, karena merupakan area yang bisa diintervensi secara langsung oleh Kementerian Kesehatan, dan juga terukur lewat SKI 2023.

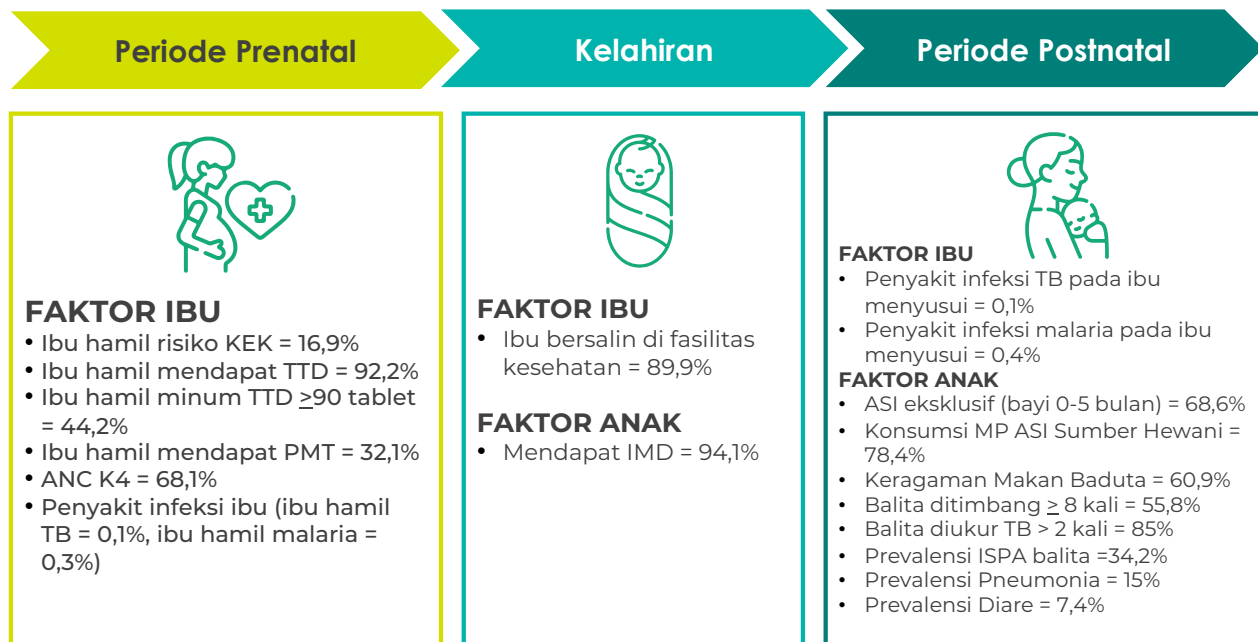
FAKTOR DETERMINAN STUNTING TERKAIT KESEHATAN IBU DAN BAYI

Stunting disebabkan oleh berbagai faktor yang terjadi pada masa bayi dalam kandungan (prenatal), kelahiran,

dan sesudah lahir (postnatal) yang terdiri dari faktor ibu dan bayi. Untuk menurunkan stunting, permasalahan pada faktor-faktor yang terjadi selama masa prenatal, kelahiran, dan postnatal perlu diatasi. **Gambar 4.4** menunjukkan hasil SKI 2023 terkait faktor kesehatan ibu dan bayi yang dapat meningkatkan risiko stunting. Hasil tersebut menunjukkan bahwa ibu hamil dengan risiko KEK sebesar 16,9%, ibu hamil minum TTD ≥ 90 tablet sebesar 44,2%, ANC Kunjungan K4 sebesar 68,1%, Ibu bersalin di fasilitas kesehatan sebesar 89,9%, ASI eksklusif sebesar 68,6%, keragaman makan balita usia bawah dua tahun (baduta) sebesar 60,9%, dan lainnya.

Seperti telah disebutkan sebelumnya, terdapat tiga periode utama dalam perjalanan kesehatan ibu dan bayi yang memiliki dampak signifikan terhadap risiko terjadinya stunting pada anak. Ketiga periode tersebut meliputi periode prenatal, kelahiran, dan postnatal.

GAMBAR 4.4 HASIL SKI 2023 TERKAIT FAKTOR KESEHATAN IBU DAN BAYI



PERIODE PRENATAL



Periode ini mencakup fase penting dalam perkembangan janin di dalam rahim ibu. Pada periode ini, Ibu yang mengalami

Kekurangan Energi Kronis (KEK) atau anemia selama kehamilan akan melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang kemudian banyak dihubungkan dengan risiko tinggi badan yang kurang atau stunting⁷. Penanggulangan KEK dilaksanakan melalui intervensi gizi spesifik secara lintas program, terutama pada pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu, yaitu salah satunya dengan PMT pada ibu hamil berisiko KEK sesuai Permenkes nomor 51 tahun 2016. Selain itu, pemberian

dan konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) sesuai Permenkes No.88 tahun 2014 sangat penting karena ibu yang anemia rentan terhadap infeksi, perdarahan antepartum, abortus, ketuban pecah dini, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, dan pengeluaran ASI berkurang. Pemberian TTD umumnya terkait dengan kunjungan ANC karena diberikan pada masa ini. Pelayanan ANC yang baik adalah yang lengkap, baik jumlah kunjungannya dan komponennya. Kunjungan ANC ini menjadi penting terhadap pertumbuhan anak karena diupayakan untuk mendeteksi dan mencegah risiko BBLR, infeksi toksoplasma/tetanus neonatorum, preeklampsia berat, KEK, dan anemia defisiensi besi yang dapat berujung pada stunting⁸.

PERIODE KELAHIRAN



Periode ini merupakan saat yang kritis bagi kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Proses persalinan yang sehat, penanganan persalinan yang tepat serta berkualitas dapat mempengaruhi kesehatan awal bayi dan memberikan fondasi yang kuat untuk pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya. Pemberian Inisiasi

Menyusui Dini (IMD) pada bayi sesaat setelah lahir menjadi penting karena adanya kolostrum sebagai zat gizi yang sangat penting di awal kehidupan bayi. Inisiasi menyusui dini yang terlambat dapat mempengaruhi keberlanjutan pemberian ASI eksklusif, serta mempengaruhi morbiditas bayi⁸, yang membuatnya semakin rentan mengalami gangguan pertumbuhan.



PERIODE POSTNATAL

Periode ini adalah masa penting setelah kelahiran di mana bayi memerlukan perawatan intensif dan nutrisi yang cukup untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Pemberian ASI harus diupayakan, karena ASI mengandung beraneka ragam zat gizi yang dapat memenuhi kebutuhan bayi dalam pertumbuhan dan perkembangannya. ASI juga mengandung berbagai perlindungan spesifik dan non spesifik yang dapat melindungi bayi dari berbagai

infeksi⁹. Suatu *systematic review* menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif (ASI yang diberikan sejak lahir hingga usia anak 6 bulan) merupakan faktor yang dapat mencegah stunting sebesar 1,36 kali lipat dibandingkan yang tidak mendapatkan ASI eksklusif¹⁰. Banyak penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa balita yang memiliki riwayat ASI non eksklusif akan berisiko lebih besar untuk menyebabkan anak mengalami stunting^{11,12}. Selain itu, pemberian makanan tambahan yang kurang akan gizi mikro maupun makro juga akan mempengaruhi pertumbuhan anak menjadi stunting¹³.

Status gizi juga dipengaruhi oleh riwayat penyakit infeksi. Balita yang memiliki riwayat penyakit infeksi akan menyebabkan kekurangan gizi, sehingga jika hal ini dibiarkan balita akan mengalami kejadian stunting¹⁴. Adanya penyakit infeksi, seperti diare, dan durasi sakit yang lama pada balita juga terkait dengan peningkatan risiko terjadinya stunting^{15,16}.

Dengan memahami pentingnya ketiga periode tersebut, langkah-langkah intervensi yang tepat dan komprehensif dapat diambil untuk mencegah terjadinya stunting dan mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak secara keseluruhan.

FAKTOR RUMAH TANGGA YANG BERPENGARUH TERHADAP STUNTING BERDASARKAN HASIL SKI 2023

Terkait faktor yang mempengaruhi stunting pada level rumah tangga, perlunya pemerataan akses air minum layak dasar bagi semua penduduk, peningkatan akses sanitasi aman dan sanitasi layak sendiri, peningkatan hygiene dasar, dan proporsi rumah layak huni. **Gambar 4.5** menunjukkan hasil SKI 2023 terkait faktor rumah tangga, yaitu 89,6% rumah tangga memiliki akses layak dasar, 78,9% memiliki akses hygiene dasar, dan 65,1% rumah tangga memiliki rumah layak huni.

Faktor kesehatan lingkungan merupakan salah satu penyebab tidak langsung bagi stunting. Sanitasi yang buruk, air yang tercemar, dan praktik hygiene yang tidak baik, kepadatan kondisi rumah yang tidak layak (termasuk kepadatan tinggi dan kurang ventilasi) dapat menyebabkan timbulnya berbagai macam penyakit infeksi seperti diare yang dapat mengganggu pola makan dan penyerapan nutrisi bayi yang berlanjut kepada malnutrisi.

GAMBAR 4.5 HASIL SKI 2023 TERKAIT FAKTOR RUMAH TANGGA



INTERVENSI PEMERINTAH UNTUK PENANGGULANGAN STUNTING DI INDONESIA

Dalam rangka percepatan pencegahan stunting, Pemerintah mengeluarkan dasar hukum untuk melakukan perbaikan status gizi yang tercermin dalam berbagai peraturan perundang-undangan dan kebijakan serta keterlibatan dalam gerakan global, diantaranya Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Undang-Undang No. 18 Tahun 2012 tentang Pangan,

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting. Selain itu, pemerintah juga telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB), dimana upaya percepatan perbaikan gizi merupakan bagian dari TPB. Penjelasan lebih lanjut pada **Poin 4.3**.

Poin 4.3. Lima Pilar untuk percepatan pencegahan stunting

Pemerintah menyusun dokumen Strategi Nasional (Stranas) Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) sebagai acuan bagi para pihak pemangku kepentingan di tingkat pusat daerah, baik dari unsur pemerintah maupun non pemerintah dalam melakukan percepatan pencegahan stunting.

Stranas Stunting menetapkan Lima Pilar untuk percepatan pencegahan stunting, yaitu:

1. Peningkatan komitmen dan visi kepemimpinan di kementerian/lembaga, Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten kota, dan Pemerintah Desa;
2. Peningkatan komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat;
3. Peningkatan konvergensi Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitif di kementerian/lembaga, Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, dan Pemerintah Desa;
4. Peningkatan ketahanan pangan dan gizi pada tingkat individu, keluarga, dan masyarakat;
5. Penguatan dan pengembangan sistem, data, informasi, riset, dan inovasi.



Pengukuran panjang badan balita secara berbaring untuk usia < 24 bulan

Sumber foto : BKKP

INTERVENSI SPESIFIK DAN SENSITIF UNTUK PENANGGULANGAN STUNTING

Intervensi untuk pencegahan dan penurunan stunting yang dilakukan Pemerintah Indonesia berupa intervensi sensitif dan intervensi spesifik. Intervensi sensitif adalah intervensi yang dilakukan di luar sektor kesehatan sedangkan intervensi spesifik menjadi tanggung jawab sektor kesehatan. Intervensi spesifik dilakukan dengan sasaran remaja, ibu hamil dan balita. Program pada remaja diantaranya dilakukan skrining anemia, konsumsi tablet tambah darah untuk remaja putri. Pada ibu hamil diterapkan program pemeriksaan kehamilan (ANC), konsumsi tablet tambah darah ibu hamil, dan PMT bagi ibu hamil KEK. Pada masa baduta diterapkannya program ASI eksklusif, MPASI kaya protein hewani bagi baduta, tata laksana balita dengan masalah gizi, imunisasi. Sarana dan prasarana

terus dilengkapi, dan hingga saat ini semua puskesmas sudah memiliki USG dan dokter yang dilatih untuk menggunakannya, dan semua posyandu memiliki alat antropometri terstandar dibarengi peningkatan kapasitas kader yang terus diperluas.

Tabel dibawah ini adalah program-program intervensi spesifik dan sensitif yang dilakukan Pemerintah Pusat dalam usaha mengatasi masalah gizi terutama stunting.

TABEL 4.1. PROGRAM INTERVENSI SPESIFIK DAN SENSITIF

KELOMPOK SASARAN	INTERVENSI	KEMENTERIAN / LEMBAGA YANG TERLIBAT
Intervensi Spesifik		
Ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) • Pemberian suplementasi tablet tambah darah • Pemberian suplementasi kalsium • Pemeriksaan Kehamilan • Perlindungan dari malaria • Pencegahan HIV 	Kementerian Kesehatan
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Promosi dan konseling pemberian ASI eksklusif • Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) 	Kementerian Kesehatan

KELOMPOK SASARAN	INTERVENSI	KEMENTERIAN / LEMBAGA YANG TERLIBAT
	<ul style="list-style-type: none"> ● Penatalaksanaan gizi buruk ● Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang ● Pemantauan dan promosi pertumbuhan ● Pemberian Suplementasi vitamin A ● Pemberian suplementasi bubuk tabur gizi, seperti Taburia ● Pemberian imunisasi ● Pemberian suplementasi <i>zinc</i> untuk pengobatan diare ● Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) ● Pencegahan kecacangan 	
Remaja putri dan wanita usia subur	<ul style="list-style-type: none"> ● Pemberian suplementasi tablet tambah darah 	Kementerian Kesehatan
Anak 24-59 bulan	<ul style="list-style-type: none"> ● Penatalaksanaan gizi buruk ● Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang ● Pemantauan dan promosi Pertumbuhan ● Pemberian suplementasi vitamin A ● Suplementasi bubuk tabur gizi, seperti Taburia ● Pemberian Suplementasi <i>zinc</i> untuk pengobatan diare ● Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) ● Pencegahan kecacangan 	Kementerian Kesehatan
Intervensi Sensitif		
Peningkatan penyediaan air bersih dan sanitasi	<ul style="list-style-type: none"> ● Penyediaan akses air bersih dan air minum ● Penyediaan akses sanitasi yang layak 	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian PUPR
Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> ● Penyediaan akses Jaminan Kesehatan, seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ● Penyediaan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB) ● Penyediaan akses bantuan tunai bersyarat untuk keluarga kurang mampu, seperti Program Keluarga Harapan (PKH) 	<ul style="list-style-type: none"> ● BPJS ● BKKBN ● Kementerian Sosial (didukung data oleh BPS)

KELOMPOK SASARAN	INTERVENSI	KEMENTERIAN / LEMBAGA YANG TERLIBAT
Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	<ul style="list-style-type: none"> ● Penyebarluasan informasi mengenai gizi dan kesehatan melalui berbagai media ● Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi ● Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua ● Penyediaan akses pendidikan anak usia dini, promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuhkembang anak ● Penyediaan konseling kesehatan reproduksi untuk remaja ● Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak 	<ul style="list-style-type: none"> ● Kominfo ● Kementerian Kesehatan ● Bappenas ● Kementerian Dalam Negeri, Kemenkeu ● Kementerian Pertanian ● Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi ● Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak ● Kemenag ● Kementerian Kelautan dan Perikanan
Peningkatan akses pangan bergizi	<ul style="list-style-type: none"> ● Penyediaan akses bantuan pangan untuk keluarga kurang mampu, seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) ● Pengembangan pertanian dan peternakan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi di rumah tangga, seperti program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) ● Fortifikasi bahan pangan utama, misalnya garam, tepung terigu, dan minyak goreng ● Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan 	<ul style="list-style-type: none"> ● Kementerian Sosial ● Kementerian Pertanian ● Kementerian Perindustrian ● Kementerian Perdagangan ● BPOM

Selain itu Pemerintah Indonesia dengan dukungan Bank Dunia juga memiliki program *Investing in Nutrition and Early Years (INEY)*. Program INEY merupakan dukungan program bagi Indonesia dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan gizi untuk remaja putri, ibu hamil, dan anak 0-59 bulan untuk percepatan penurunan stunting pada anak di bawah lima tahun. Program INEY di Indonesia mewakili pendekatan komprehensif dan terpadu untuk mengatasi stunting dan meningkatkan perkembangan anak usia dini, dengan

fokus pada kolaborasi multisektoral dan manajemen berbasis hasil. Program ini dilaksanakan sejak tahun 2018 hingga 2023 dan dilanjutkan dengan INEY tahap kedua pada tahun 2024 hingga 2028. Program INEY telah mencapai kemajuan yang signifikan dalam pelaksanaan kegiatan program, dengan pencapaian dalam penguatan kepemimpinan nasional, penyampaian program sektor nasional, konvergensi kegiatan kabupaten, dan pemberian pelayanan di tingkat desa. Program ini juga telah mengatasi permasalahan tata kelola, koordinasi,

dan pengelolaan, sehingga memungkinkan dilakukannya prioritas terhadap dukungan intervensi sektoral yang penting dalam pendanaan dan pelaksanaan INEY fase 2 hingga tahun 2028. Untuk mencapai tujuan program ini, diperlukan koordinasi dan kolaborasi yang lebih intens antara desa dengan level pemerintahan di atasnya, baik kecamatan maupun kabupaten untuk memastikan rencana aksi yang dibuat dari kabupaten telah sesuai dengan kebutuhan desa sesungguhnya, yang disusun berdasarkan skema *bottom up*.

Selain itu diperlukan peran Tim Percepatan Penurunan Stunting (TP2S) dan Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa untuk bersama-sama merumuskan kebijakan stunting di tingkat desa/kelurahan berbasis problem faktual yang dihadapi. Oleh karena itu diperlukan data yang akurat sebagai dasar implementasi program¹².

TANTANGAN DALAM PENYELESAIAN STUNTING

Perlu diakui bahwa penyelesaian masalah stunting di Indonesia, sebuah negara dengan keberagaman dan kompleksitas yang tinggi, tidaklah mudah. Berbagai tantangan yang dihadapi dalam upaya penanggulangan stunting meliputi faktor sosial dan budaya, koordinasi di multi sektor, komitmen pembiayaan yang berkelanjutan, dan peningkatan kapasitas dalam bidang gizi. Faktor sosial dan budaya memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pola makan dan praktik kesehatan di masyarakat. Adanya kepercayaan dan tradisi tertentu yang mungkin tidak mendukung pola makan sehat dan gizi yang cukup bagi anak-anak dapat menjadi hambatan dalam upaya pencegahan stunting. Penanggulangan stunting memerlukan kerjasama multi sektor yang solid, melibatkan berbagai pihak seperti pemerintah, swasta, lembaga swadaya masyarakat, dan masyarakat sipil. Koordinasi dan kolaborasi yang efektif antar sektor ini menjadi krusial untuk mengintegrasikan

program-program kesehatan, gizi, pendidikan, dan pembangunan ekonomi guna memperkuat upaya penurunan dan pencegahan stunting. Selain itu, komitmen pembiayaan yang berkelanjutan dari pemerintah dan mitra pembangunan sangat penting untuk mendukung implementasi program-program pencegahan stunting. Dana yang cukup dan teratur diperlukan untuk mendukung keberlangsungan program penurunan dan pencegahan stunting. Peningkatan kapasitas dalam bidang gizi juga menjadi faktor kunci dalam penanggulangan stunting. Hal ini dapat meliputi pelatihan bagi tenaga kesehatan, pendidikan gizi bagi masyarakat, serta pengembangan kebijakan dan program yang berbasis bukti ilmiah untuk mengatasi stunting. Dengan menyadari kompleksitas tantangan yang dihadapi, langkah-langkah strategis yang holistik dan berkelanjutan perlu diambil untuk menanggulangi stunting di Indonesia.

Poin 4.4. Identifikasi tantangan dalam pencegahan stunting

1. Kurangnya koordinasi antar kementerian dan tingkat pemerintahan dalam pelaksanaan program stunting. Integrasi program kurang optimal sehingga menimbulkan duplikasi dan inefisiensi.
2. Aksi Masyarakat yang antara lain adalah kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi dan kesehatan anak. Pola makan bayi dan balita kurang optimal. Budaya dan tradisi yang tidak mendukung pencegahan stunting.
3. Akses terhadap layanan seperti akses terhadap layanan kesehatan, air bersih, sanitasi, dan pendidikan masih terbatas di beberapa daerah. Kualitas pelayanan di Indonesia tidak setara.
4. Faktor ekonomi yang antara lain adalah kemiskinan dan ketimpangan ekonomi masih tinggi dan kurangnya akses terhadap makanan bergizi
5. Kapasitas personel yang antara lain adalah terbatasnya jumlah dan kapasitas tenaga kesehatan dan pelaksana dalam mengatasi stunting.
6. Faktor politik yang antara lain adalah kurangnya komitmen dan dukungan politik di semua tingkatan dan sering terjadi perubahan kebijakan dan program pemerintah.
7. Faktor pendanaan yang antara lain adalah anggaran untuk pencegahan stunting terbatas dan penggunaan anggaran kurang optimal dan efisien.

4 REKOMENDASI WHO DALAM PENANGGULANGAN STUNTING

1. Meningkatkan pengenalan, pengukuran dan pemahaman tentang stunting serta memperluas cakupan kegiatan pencegahan stunting
2. Mengembangkan kebijakan dan/atau meningkatkan intervensi untuk memperbaiki gizi dan kesehatan ibu dimulai dari anak perempuan
3. Melakukan intervensi untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan praktik pemberian makanan pendamping ASI.
4. Memperkuat intervensi berbasis masyarakat, termasuk meningkatkan akses air, sanitasi dan kebersihan (WASH).

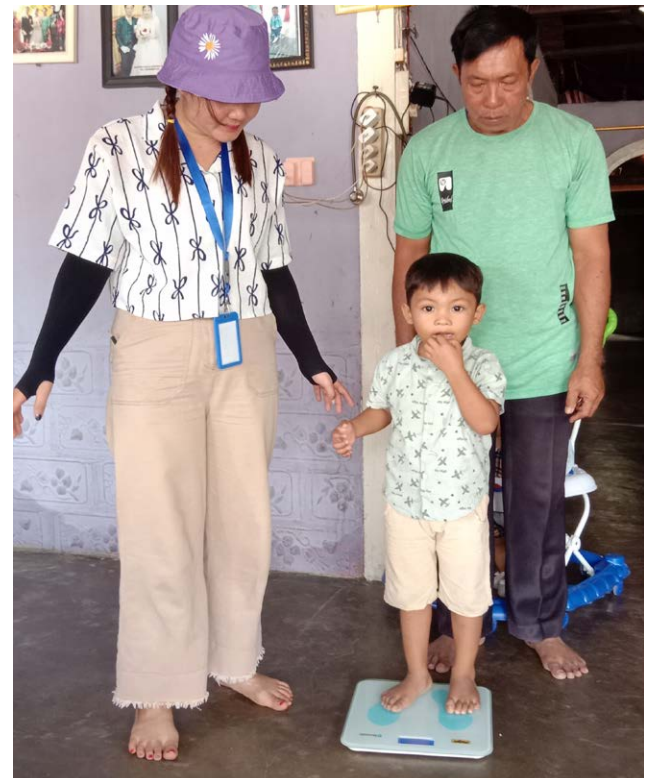


Dalam melaksanakan rekomendasi tersebut, Indonesia telah memastikan seluruh puskesmas memiliki USG dan dokter terlatih, seluruh posyandu memiliki alat antropometri terstandar, peningkatan kapasitas kader yang untuk pengukuran BB/TB Balita, memastikan ANC pada ibu hamil, konsumsi TTD, PMT bagi ibu hamil KEK, advokasi untuk ASI eksklusif, manajemen balita dengan masalah gizi, memberlakukan program-program seperti Aksi Bergizi, Bumil Sehat, STBM, program penurunan angka kemiskinan, dan lainnya. Namun tentu saja masih ada tantangan seperti yang

dijelaskan di **Poin 4.4**. Adapun perbandingan upaya yang dilakukan oleh Indonesia dan negara ASEAN lainnya terhadap penanggulangan stunting berdasarkan rekomendasi WHO, dapat dilihat di **Lampiran 1**. Kebijakan di negara ASEAN dalam pencegahan stunting juga diarahkan pada sasaran remaja perempuan dengan program Suplementasi Zat Gizi Mikro. Meskipun sasaran program ini bervariasi antarnegara, tetapi terlihat bahwa upaya pencegahan stunting sudah dimulai sejak lebih dini (pada remaja).

INVESTASI PADA PROGRAM PENCEGAHAN STUNTING UNTUK MASA DEPAN INDONESIA YANG LEBIH BAIK

Indonesia telah melakukan program di setiap lingkup yang dimandatkan oleh WHO, namun diperlukan evaluasi yang komprehensif dan berkesinambungan untuk mengidentifikasi *bottleneck* dalam pelaksanaan program dan kemudian merumuskan aksi perbaikan yang efektif. Perlu pemahaman bahwa stunting merupakan tanggung jawab bersama dan bersifat multifaktorial sehingga diperlukan upaya yang lintas sektoral dan selaras antar tingkat pemerintahan dan masyarakat. Diharapkan program yang telah diterapkan agar dapat berjalan secara konsisten dan berkelanjutan, didampingi dengan mekanisme monitoring dan evaluasi yang rutin efektif. Pendekatan lima pilar intervensi stunting dan aksi konvergen untuk pencegahan stunting diharapkan dapat menurunkan angka prevalensi stunting di Indonesia.



Pengukuran berat badan balita di Nias

Sumber foto: BKKP

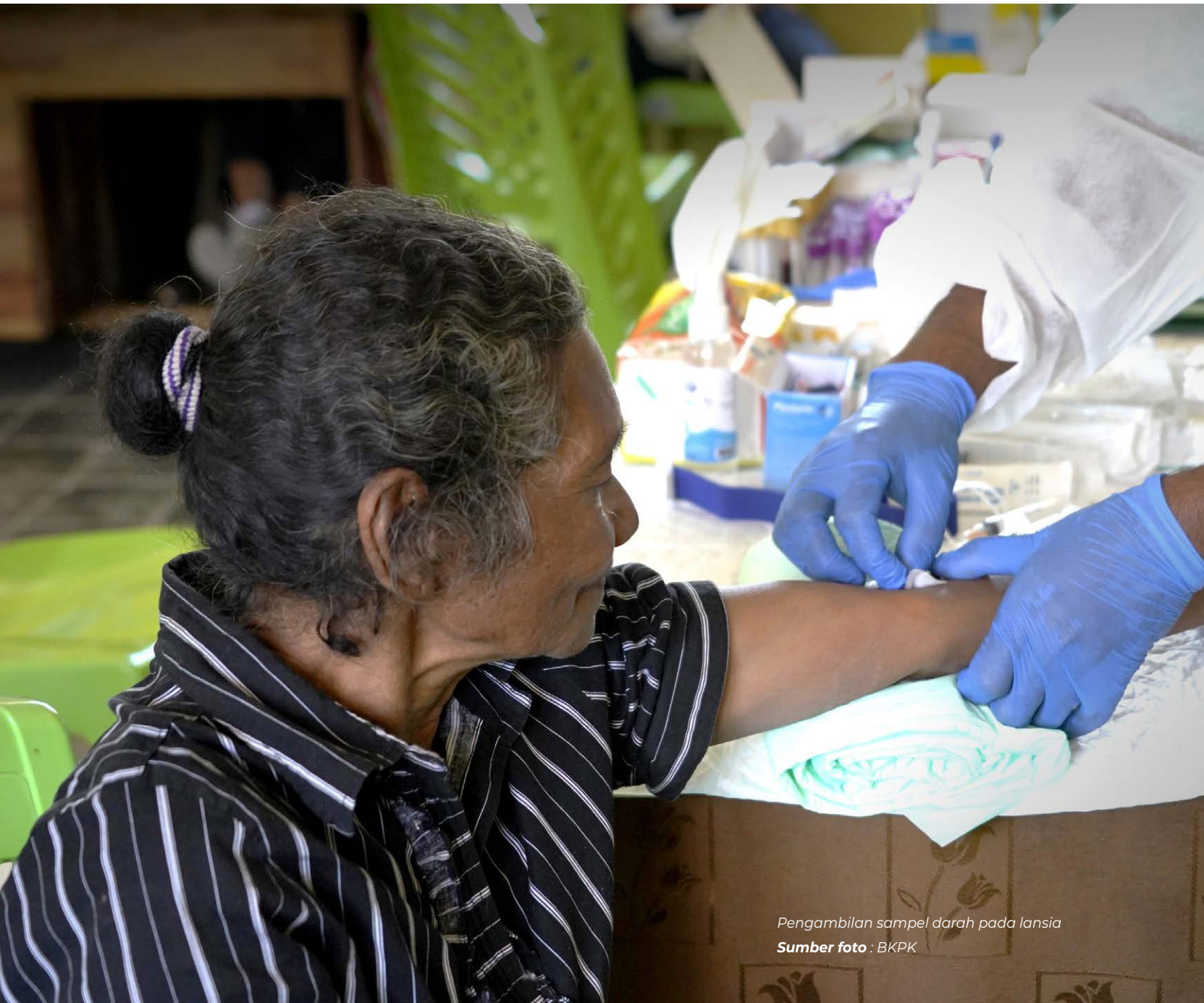
Pengukuran tinggi badan balita menggunakan alat antropometri di NTT

Sumber foto : BKPK



DAFTAR PUSTAKA

1. The Global Health Observatory, https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-2_2-malnutrition#:~:text=SDG%20Target%202.2%20End%20all,lactating%20women%20and%20older%20persons.
2. World Health Organization, 2018. Reducing stunting in children: equity considerations for achieving the Global Nutrition Targets 2025.
3. UNICEF/WHO/World Bank Group – *Joint Child Malnutrition Estimates 2023 edition*
4. The 2022 ASEAN Snapshot Report. <https://www.aseanstats.org/wp-content/uploads/2022/11/The-2022-ASEAN-SDG-Snapshot-Report-b.pdf>
5. World Health Organization, 2017. Stunted growth and development: context, causes and consequences. *Geneva: World Health Organization. Retrieved March, 24, p.2020.*
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Riset Kesehatan dasar Tahun 2018. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
7. Pay AS, Klovning A, Sand S. Incidence/epidemiology national guidelines for antenatal care. *NGF Obst Antenatal care Backe.* 2014;7.
8. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM, et al. (2017) Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 12(7): e0180722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>.
9. Maryunani, A. (2015). *Inisiasi Menyusu Dini, Asi Eksklusif dan Manajemen Laktasi.* Jakarta)
10. Mardani, R. A. D., Wu, W-R, Nhi, V. T. & Huang, H-C (2022). Association of breastfeeding with under-nutrition among children under 5 years of age in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 54, 692–703. <https://doi.org/10.1111/jnu.12799>
11. Rahayu, A., Yulidasari, F., Laily, N., Firdha, H. and Rahman, M.A., 2018. Effectiveness of House of Recovery Stunting (Hrs) to Reducing Stunting Child Below Two Years Old at Streams Area. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 9(8).
12. Daiyah, I. and Yuniarti, Y., 2023. Penguatan Dan Pemberdayaan Masyarakat (Keluarga) Dalam Mengatasi Masalah Stunting Pada Balita. *Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat Nusantara*, 4(2), pp.1080-1088.
13. Beal, T., Tumilowicz, A., Sutrisna, A., Izwardy, D. and Neufeld, L.M., 2018. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Maternal & child nutrition*, 14(4), p.e12617.
14. Budiastutik, I. and Nugraheni, S.A., 2018. Determinants of stunting in Indonesia: A review article. *International Journal Of Healthcare Research*, 1(1), pp.2620-5580.
15. Hondru G, Wieringa FT, Poirot E, Berger J, Som SV, Theary C, Laillou A. The Interaction between Morbidity and Nutritional Status among Children under Five Years Old in Cambodia: A Longitudinal Study. *Nutrients*. 2019; 11(7):1527. <https://doi.org/10.3390/nu11071527>
16. Gusnedi G, Nindrea RD, Purnakarya I, Umar HB, Andrafikar, Syafrawati, Asrawati, Susilowati A, Novianti, Masrul, Lipoeto NI. Risk factors associated with childhood stunting in Indonesia: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2023;32(2):184-195. doi: 10.6133/apjcn.202306_32(2).0001. PMID: 37382316.
17. Wiliyanarti, P.F., Wulandari, Y. and Nasrullah, D., 2022. Behavior in fulfilling nutritional needs for Indonesian children with stunting: Related culture, family support, and mother's knowledge. *Journal of Public Health Research*, 11(4), p.22799036221139938.



Pengambilan sampel darah pada lansia

Sumber foto : BKPK

05

BAB 5

PENYAKIT TIDAK MENULAR

PREVALENSI, DAMPAK, SERTA UPAYA PENGENDALIAN HIPERTENSI DAN DIABETES DI INDONESIA



TEMUAN UTAMA

- Hasil SKI 2023 menunjukkan penurunan prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah, jika dibandingkan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Sebaliknya, prevalensi diabetes berdasarkan diagnosis dokter maupun pemeriksaan kadar gula darah pada tahun 2023 lebih tinggi dibandingkan prevalensi pada tahun 2018, dimana proporsi diabetes tipe 2 lebih banyak dibandingkan diabetes tipe 1.
- Masih cukup signifikan jumlah individu yang tidak mengetahui memiliki status hipertensi dan diabetesnya. Sekitar 8% individu kelompok usia 18-59 tahun tidak mengetahui mengidap diabetes, dan sekitar 20% tidak mengetahui mengidap hipertensi. Angka ini lebih tinggi di kelompok usia 60 tahun ke atas, 18% (diabetes) dan 34% (hipertensi). Sekitar 30% responden dari kedua kelompok usia tidak mengetahui tipe diabetesnya.
- Terdapat kesenjangan dalam hal jumlah responden terdiagnosis hipertensi/ diabetes dan jumlah responden yang menjalani pengobatan atau kunjungan ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Proporsi responden terdiagnosis yang melakukan konsumsi obat secara teratur dan kunjungan ulang ke fasilitas kesehatan terutama lebih rendah pada (1) kelompok usia produktif (dibandingkan kelompok usia lanjut) dan (2) responden yang terdiagnosis hipertensi (dibandingkan responden yang terdiagnosis diabetes).
- Sebanyak 59,1% penyebab disabilitas (melihat, mendengar, berjalan) pada penduduk berusia 15 tahun ke atas adalah penyakit yang didapat, di mana 53,5% penyakit tersebut adalah PTM, terutama hipertensi (22,2%) dan diabetes (10,5%).
- Prevalensi hipertensi dan diabetes lebih tinggi pada kelompok yang memiliki faktor risiko obesitas sentral atau aktivitas fisik yang kurang.



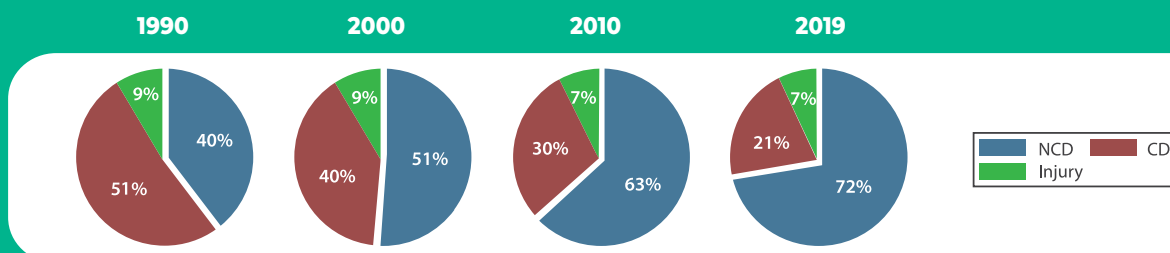
PREVALENSI, DAMPAK, SERTA UPAYA PENGENDALIAN HIPERTENSI DAN DIABETES DI INDONESIA

Penyakit tidak menular (PTM), dikenal juga dengan istilah penyakit kronis, cenderung berlangsung lama dan diakibatkan oleh kombinasi dari berbagai faktor, baik genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku¹. Pada tahun 2016, PTM bertanggung jawab atas 72% kematian global, atau hampir empat kali lipat dibandingkan kematian akibat penyakit menular, maternal, perinatal dan masalah nutrisi². Empat PTM

utama yang menjadi penyebab utama kematian terdiri dari penyakit jantung dan pembuluh darah (termasuk stroke), kanker, diabetes, dan penyakit paru obstruksi kronis (PPOK)¹. Faktor yang mempercepat terjadinya kematian dini akibat PTM antara lain urbanisasi cepat yang tidak terencana, meningkatnya gaya hidup tidak sehat, dan penuaan populasi¹.

Poin 5.1. Mengapa PTM merupakan isu yang genting?

PTM adalah penyebab terbesar dari angka kematian secara global, regional (Asia Tenggara), maupun nasional^{1,3,4}. Sebagian besar kematian global (77%) terjadi di negara-negara berpenghasilan menengah dan rendah¹. Di Indonesia, peralihan penyebab utama kematian dari penyakit infeksi ke PTM terjadi dalam tiga dekade terakhir (Gambar 5.1)³.



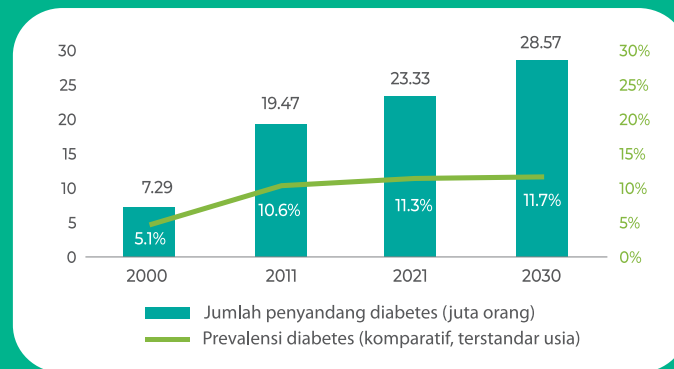
GAMBAR 5.1. PERGESERAN PENYEBAB KEMATIAN PADA TAHUN 1990 HINGGA TAHUN 2019

Sumber : Global Burden of Disease Study 2019 Results³

Poin 5.2. Hipertensi dan Diabetes di Indonesia

Pada tahun 2019, prevalensi hipertensi terstandar usia (*age-standardized*) pada kelompok usia 30-79 tahun di dunia dan di Kawasan Asia Tenggara berturut-turut adalah 33,1% dan 32,4%⁹. Di Indonesia, berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi hipertensi adalah 34,1%⁸.

Sementara itu, prevalensi diabetes di dunia dan Kawasan Asia Tenggara adalah, berturut-turut, 10,6% dan 8,8% pada tahun 2021¹⁰. Menurut hasil Riskesdas pada tahun 2018, prevalensi diabetes di Indonesia adalah 10,9%⁸. *International Diabetes Federation* (IDF) memproyeksikan bahwa jumlah dan prevalensi penyandang diabetes berusia 20-79 tahun di Indonesia akan semakin meningkat dari tahun ke tahun (Gambar 5.2)¹¹.



GAMBAR 5.2. TREN DAN PROYEKSI JUMLAH DAN PREVALENSI PENYANDANG DIABETES DI INDONESIA

Sumber: IDF Diabetes Atlas, 10th Edition (2021)¹¹

Indonesia mengalami perkembangan teknologi yang pesat, perubahan lingkungan, dan modernisasi gaya hidup, berujung pada perubahan pola penyakit di masyarakat yang kini didominasi oleh PTM⁵. Penyakit diabetes dan hipertensi terutama menjadi perhatian karena prevalensinya yang tinggi serta perannya sebagai faktor risiko utama penyakit jantung dan pembuluh darah⁶. Laju peningkatan kasus baru serta prevalensi hipertensi dan diabetes menjadi salah satu masalah kesehatan utama, baik di tingkat global, regional, maupun nasional^{4,7,8}.

Besarnya prevalensi diabetes dan hipertensi membebani tidak hanya sistem kesehatan akan tetapi juga ekonomi nasional. Berdasarkan laporan yang diterbitkan oleh

World Economic Forum pada tahun 2015, Indonesia menghadapi potensi kerugian total sebesar 4,47 triliun dolar AS dari 2012 sampai 2030 karena PTM¹². Potensi kerugian ini diperkirakan sebesar hampir seperlima dari Pendapatan Domestik Bruto (PDB) Indonesia pada tahun 2012 hingga 2030³. Proyeksi dampak diabetes diperkirakan akan meningkat hampir dua kali lipat di tahun 2030⁶. Indonesia dapat mengurangi beban perekonomian hingga 16.900 triliun rupiah pada tahun 2030 hanya dengan mengatasi angka kematian akibat beberapa PTM¹³

a ³ Pendapatan Domestik Bruto (PDB atau GDP) Indonesia dalam satu tahun adalah 1,32 triliun dolar AS (PDB 2022, Data World Bank 2023). Diasumsikan PDB tahun 2012-2030 adalah 1,32 triliun dolar AS dikali 19 tahun, yakni 25,08 dolar AS. Berdasarkan asumsi ini, kerugian akibat PTM diestimasikan sebesar 17,8% (hampir seperlima) dari PDB tahun 2012 hingga 2030.

Laporan ini mempresentasikan dan mendiskusikan hasil-hasil utama Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 terkait prevalensi penyakit, pengendalian penyakit, dampak, faktor risiko, dan gambaran upaya pengendalian

hipertensi dan diabetes di Indonesia. Laporan ini juga akan membandingkan temuan SKI 2023 dengan studi-studi dan data-data dari sumber lain yang terpublikasi, baik di tingkat global, regional, maupun nasional.



Aktifitas pengukuran tekanan darah anggota rumah tangga

Sumber foto : BKPK

PENGAJIAN PTM DAN FAKTOR RISIKO PTM DALAM INSTRUMEN SKI 2023

SKI 2023 melakukan pengumpulan data 7 jenis PTM dengan urutan berdasarkan prevalensi tertinggi, yaitu hipertensi, diabetes, asma, penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal kronis dan kanker umum. Pada laporan ini, hanya diangkat dua PTM utama, yakni hipertensi dan diabetes karena memiliki *burden of disease* yang cukup tinggi, dapat menimbulkan komplikasi jantung dan pembuluh darah, sertaatalaksananya dapat dilakukan di Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama (FKTP).

Penentuan status hipertensi/diabetes responden dilakukan berdasarkan hasil diagnosis oleh dokter, serta berdasarkan hasil pengukuran rata-rata tekanan darah dengan hasil tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg sesuai kriteria ESC/ESH tahun 2018¹⁴ (untuk hipertensi) dan pengukuran kadar gula darah puasa ≥ 126 mg/dl atau kadar gula darah 2 jam pasca pembebanan ≥ 200 mg/dl sesuai kriteria Perhimpunan Endokrinologi Indonesia tahun 2015¹⁵ (untuk diabetes).

Analisis hanya dilakukan pada kelompok usia produktif (18-59 tahun) dan kelompok usia lanjut (60 tahun ke atas), dengan pertimbangan kejadian hipertensi dan

diabetes paling tinggi terjadi pada kedua kelompok usia tersebut.

SKI 2023 juga memantau faktor risiko PTM, yakni obesitas sentral, dan aktivitas fisik kurang berdasarkan pengukuran dan wawancara.

1. Obesitas Sentral

Penentuan obesitas sentral dilakukan berdasarkan hasil pengukuran lingkar perut. Obesitas sentral adalah nilai lingkar perut ≥ 90 cm pada laki-laki dan ≥ 80 cm pada perempuan.

2. Kecukupan Aktivitas Fisik

Penentuan kecukupan aktivitas fisik dilakukan berdasarkan wawancara mengenai kebiasaan aktivitas fisik pada responden. “Aktivitas fisik kurang” adalah responden yang kebiasaan aktivitas fisik dalam setiap minggunya tidak memenuhi kategori berat maupun sedang. “Aktivitas fisik sedang” adalah aktivitas fisik yang dilakukan selama ≥ 5 hari dalam seminggu dengan rata-rata durasi aktivitas tersebut ≥ 150 menit dalam seminggu (atau >30 menit per hari). “Aktivitas fisik berat” adalah aktivitas fisik yang dilakukan selama ≥ 3 hari per minggu dan MET menit per minggu ≥ 1500 .

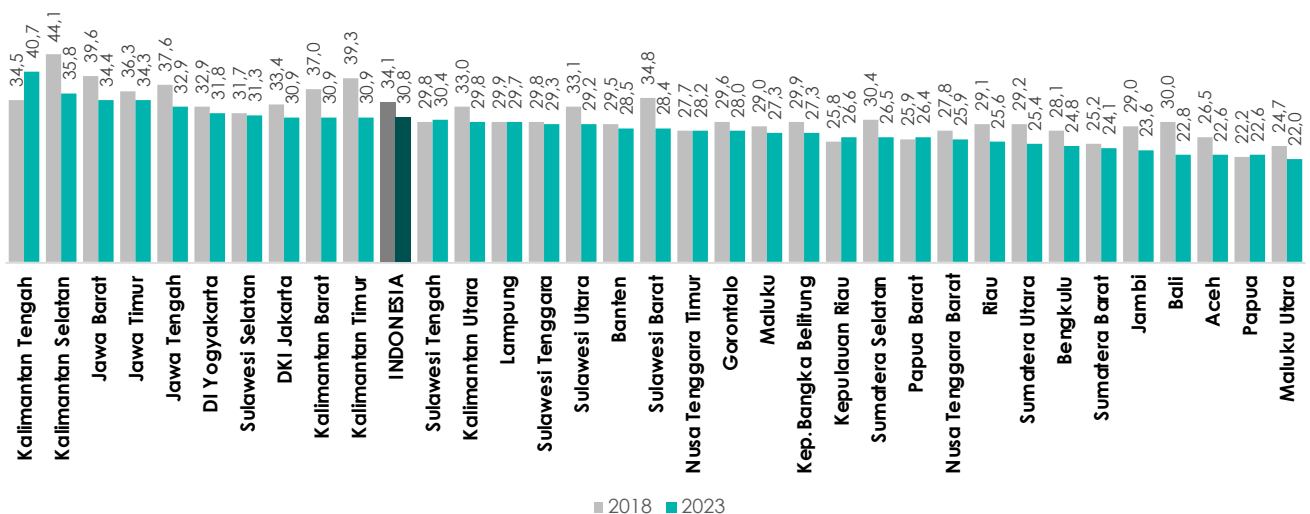


PREVALENSI HIPERTENSI DAN DIABETES

Hasil SKI 2023 menunjukkan penurunan prevalensi hipertensi jika dibandingkan dengan hasil Riskesdas 2018. Pada penduduk berusia ≥ 18 tahun, prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, menurun dari 34,1% di tahun 2018⁸ menjadi 30,8% di tahun 2023. Urutan tiga provinsi dengan prevalensi hipertensi tertinggi berdasarkan pengukuran tekanan darah pada tahun 2023 adalah Provinsi Kalimantan Tengah, Provinsi Kalimantan Selatan, dan Provinsi Jawa Barat. Sementara itu, prevalensi yang terendah teridentifikasi di Provinsi Aceh, Provinsi Papua, dan Provinsi Maluku Utara (Gambar 5.3).

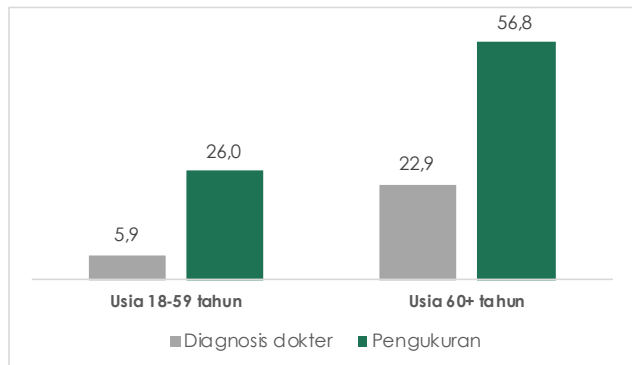
Meskipun prevalensi hipertensi cenderung menurun, masih terdapat celah pengetahuan status hipertensi di masyarakat. Terdapat perbedaan sekitar 20% antara prevalensi berdasarkan diagnosis dokter (5,9%) dan prevalensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah (26%) pada kelompok usia 18-59 tahun. Perbedaan yang lebih tajam teramati pada kelompok usia 60 tahun ke atas, yaitu sebesar 33,9% antara prevalensi berdasarkan diagnosis dokter (22,9%) dan prevalensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah (56,8%) (Gambar 5.4). Kesenjangan ini mensinyalir perlunya upaya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan status hipertensinya sebagai langkah awal upaya preventif timbulnya penyakit komplikasi (seperti penyakit jantung dan pembuluh darah).

GAMBAR 5.3. PREVALENSI (%) HIPERTENSI BERDASARKAN PENGUKURAN TEKANAN DARAH PADA PENDUDUK USIA ≥ 18 TAHUN



Sumber: Riskesdas 2018 dan SKI 2023

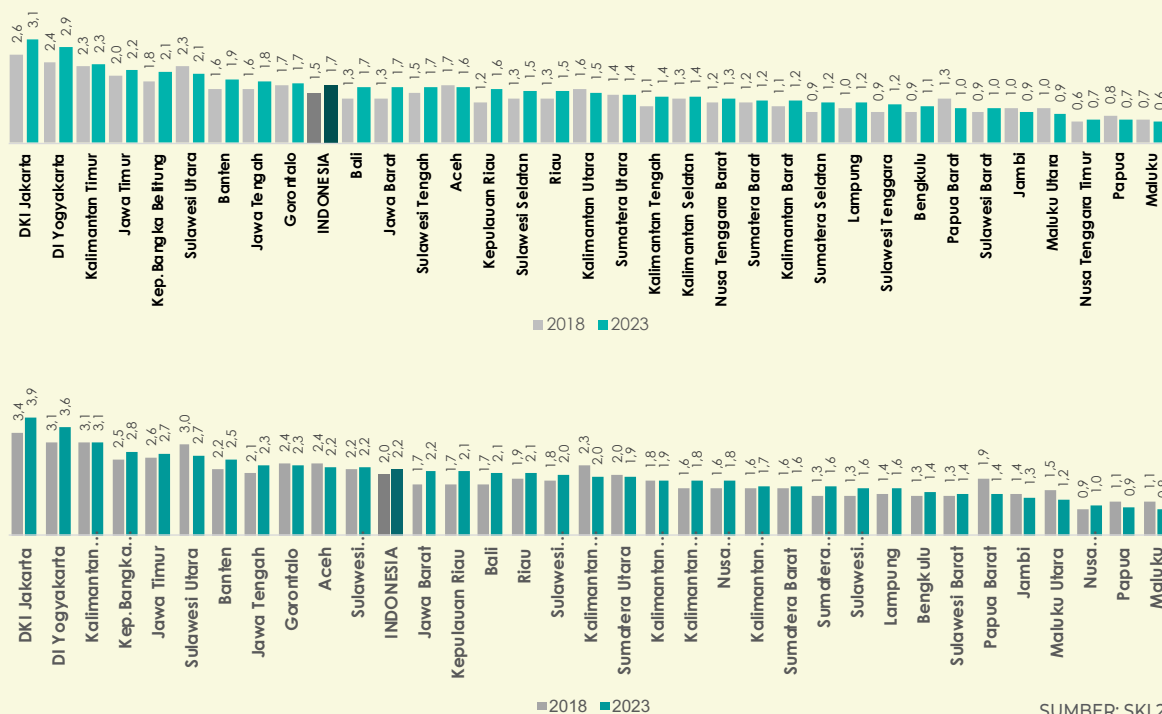
GAMBAR 5.4. PERBEDAAN PREVALENSI (%) HIPERTENSI BERDASARKAN DIAGNOSIS DOKTER DAN PENGUKURAN TEKANAN DARAH PADA KELOMPOK USIA 18-59 TAHUN DAN USIA 60 TAHUN KE ATAS



SUMBER: SKI 2023

Terkait diabetes, hasil SKI 2023 menunjukkan peningkatan prevalensi diabetes dan potensi kondisi diabetes yang tidak terdiagnosis di masyarakat. Prevalensi diabetes berdasarkan diagnosis dokter mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan hasil Riskesdas 2018, yakni 1,5% di tahun 2018⁸ dan 1,7% di tahun 2023 pada semua kelompok usia, serta 2,0% di tahun 2018⁸ dan 2,2% di tahun 2023 pada kelompok usia ≥ 15 tahun (Gambar 5.5). Urutan tiga provinsi dengan prevalensi diabetes tertinggi berdasarkan diagnosis dokter pada tahun 2023 adalah Provinsi Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta, Provinsi Daerah Istimewa (DI) Yogyakarta, dan Provinsi Kalimantan Timur. Sementara itu, prevalensi yang terendah teridentifikasi di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Provinsi Papua, dan Provinsi Maluku.

GAMBAR 5.5. PERBANDINGAN PREVALENSI (%) DIABETES BERDASARKAN DIAGNOSIS DOKTER PADA SEMUA KELOMPOK USIA DAN KELOMPOK USIA ≥ 15 TAHUN.



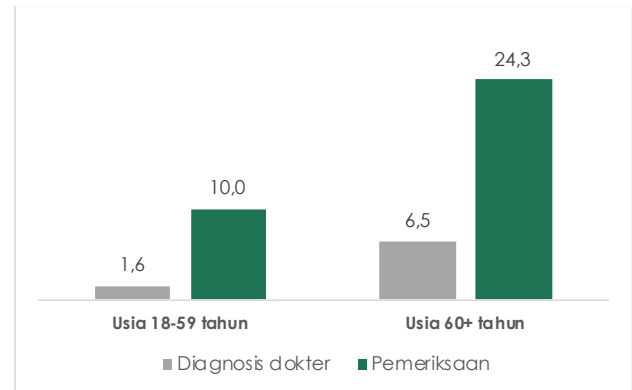
SUMBER: SKI 2023

Diagnosis dini penyakit diabetes penting untuk penanganan seawal mungkin dan mencegah atau menunda komplikasi. Hasil SKI 2023 menunjukkan adanya perbedaan yang cukup tajam antara prevalensi diabetes dari hasil diagnosis dokter dan pengukuran kadar gula darah. Berdasarkan pemeriksaan kadar gula darah, prevalensi diabetes pada kelompok usia ≥ 15 tahun pada tahun 2023 adalah 11,7% (lebih tinggi dari prevalensi tahun 2018, yakni 10,9%⁸). Pada kelompok usia produktif (18-59 tahun), prevalensi diabetes berdasarkan diagnosis dokter dan pemeriksaan kadar gula darah adalah, berturut-turut, 1,6% dan 10%. Perbedaan yang lebih mencolok teramati pada kelompok usia lanjut (60 tahun ke atas), yaitu 6,5% berdasarkan diagnosis dokter dan 24,3% berdasarkan pengukuran kadar gula darah (Gambar 5.6). Hasil temuan SKI lebih tinggi dibandingkan estimasi prevalensi terstandar usia di Indonesia pada tahun 2021 dari IDF, yaitu 10,6% untuk kelompok usia 20-79 tahun¹⁰.

Berdasarkan tipe diabetes^a, SKI menemukan bahwa diabetes tipe 2 lebih banyak ditemukan dibandingkan

^b Diabetes tipe 1 membutuhkan insulin dari luar tubuh secara rutin karena tubuh tidak mampu menghasilkan insulin, sedangkan tipe 2 disebabkan kekebalan terhadap insulin atau produksi insulin tidak memadai

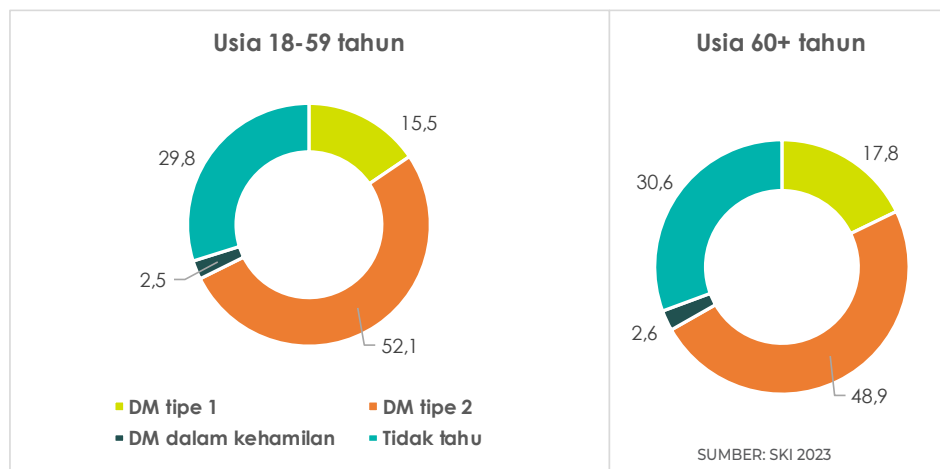
GAMBAR 5.6. PREVALENSI DIABETES BERDASARKAN DIAGNOSIS DOKTER DAN PEMERIKSAAN GULA DARAH PADA KELOMPOK USIA PRODUKTIF DAN LANJUT USIA



SUMBER: SKI 2023

diabetes tipe 1, baik pada kelompok usia produktif (18-59 tahun) maupun usia lanjut (60 tahun ke atas). Persentase diabetes tipe 2 ditemukan pada 52,1% kelompok usia produktif dan pada 48,9% kelompok usia lanjut, sementara persentase diabetes tipe 1 adalah 15,5% pada kelompok usia produktif dan 17,8% pada kelompok usia lanjut. SKI 2023 juga mengidentifikasi sekitar 30% responden dari masing-masing kelompok usia tidak mengetahui tipe diabetesnya (Gambar 5.7).

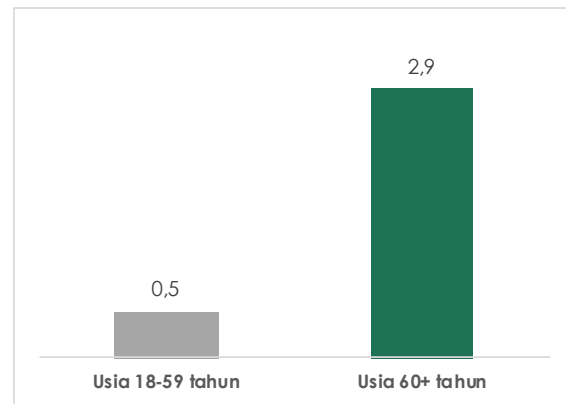
GAMBAR 5.7. TIPE DIABETES PADA PENDUDUK USIA PRODUKTIF DAN LANJUT USIA DENGAN DIABETES BERDASARKAN DIAGNOSIS DOKTER



SUMBER: SKI 2023

SKI 2023 juga mengkaji prevalensi kejadian kombinasi hipertensi dan diabetes berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk usia produktif dan usia lanjut. Pada kelompok usia produktif, prevalensinya adalah 0,5%; sedangkan pada kelompok usia lanjut, prevalensinya adalah 2,9% (Gambar 5.8).

GAMBAR 5.8. PREVALENSI GABUNGAN HIPERTENSI DAN DIABETES BERDASARKAN DIAGNOSIS DOKTER PADA PENDUDUK USIA PRODUKTIF DAN LANJUT USIA



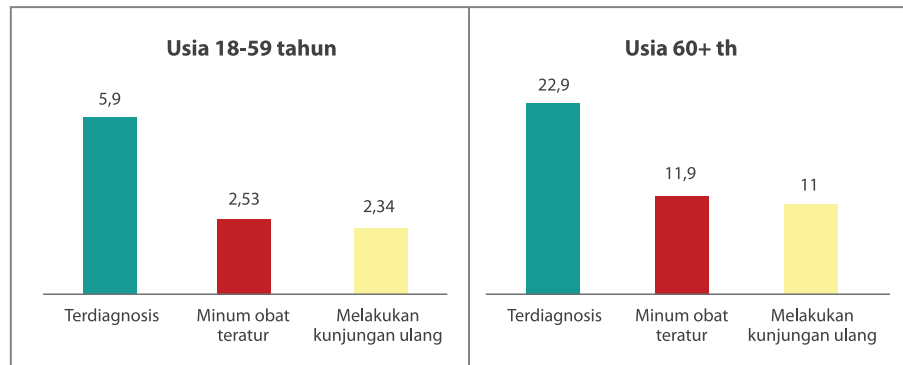
SUMBER: SKI 2023

PENGENDALIAN HIPERTENSI DAN DIABETES

Kajian SKI 2023 tentang alur (*cascade*) pengelolaan kasus hipertensi dan diabetes pada kelompok usia produktif (18-59 tahun) dan usia lanjut (60 tahun ke atas) menunjukkan adanya kesenjangan dalam hal jumlah responden yang terdiagnosis dan jumlah responden yang menjalani pengobatan (Gambar 5.9). Pada kelompok usia produktif, dari 5,9% yang terdiagnosis hipertensi, hanya 2,5% (42,9% dari yang terdiagnosis) mengonsumsi obat secara teratur dan hanya 2,3% (39,7% dari yang terdiagnosis) melakukan kunjungan ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara itu, pada kelompok usia lanjut, dari 22,9% yang teridentifikasi hipertensi, hanya 11,9% (52,0% dari yang terdiagnosis) mengonsumsi obat secara teratur dan 11,0% (48,0% dari yang terdiagnosis) melakukan kunjungan ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

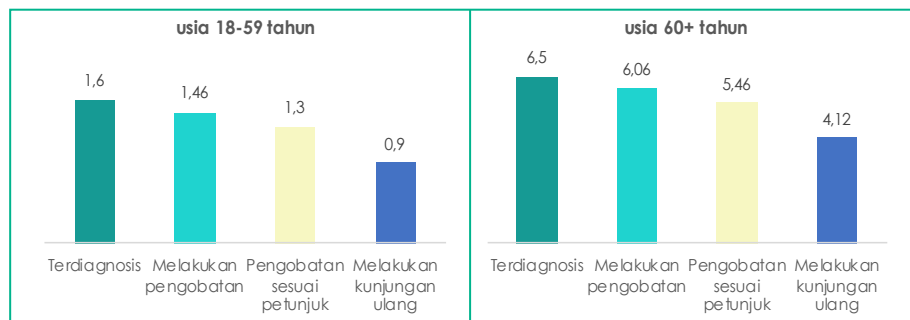
Hasil senada terlihat pada alur (*cascade*) pengelolaan diabetes (Gambar 5.10). Prevalensi diabetes (berdasarkan diagnosis dokter) pada kelompok usia produktif adalah 1,6%, namun hanya 1,5% (91,3% dari yang terdiagnosis) melakukan pengobatan (dengan obat minum maupun obat suntik), 1,3% (81,3% dari yang terdiagnosis) melakukan pengobatan sesuai petunjuk dokter, dan 0,9% (56,3% dari yang sudah terdiagnosis) melakukan kunjungan ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara itu, pada kelompok usia lanjut, dari 6,5% yang teridentifikasi diabetes berdasarkan diagnosis dokter, hanya 6,1% (93,2% dari yang terdiagnosis) melakukan pengobatan (obat minum atau obat suntik), 5,5% (84,0% dari yang terdiagnosis) melakukan pengobatan sesuai petunjuk dokter, dan 4,1% (63,4% dari yang terdiagnosis) yang melakukan kunjungan ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

GAMBAR 5.9. KESENJANGAN PERILAKU Pencarian pengobatan hipertensi pada penduduk produktif dan usia lanjut yang terdiagnosis hipertensi



SUMBER: SKI 2023

GAMBAR 5.10. KESENJANGAN PERILAKU Pencarian pengobatan diabetes pada penduduk produktif dan usia lanjut yang terdiagnosis diabetes



SUMBER: SKI 2023

Masih rendahnya proporsi pemeriksaan ulang (kontrol) ke fasilitas pelayanan kesehatan maupun konsumsi obat teratur/sesuai petunjuk dokter pada penyandang hipertensi dan diabetes berhubungan dengan rendahnya proporsi hipertensi terkendali maupun diabetes terkendali. Dari hasil SKI 2023, proporsi hipertensi terkendali pada kelompok usia produktif dan usia lanjut adalah, berturut-turut, sebesar 19,8% dan 17,7% dari jumlah yang terdiagnosis hipertensi oleh dokter. Adapun proporsi diabetes terkendali pada kelompok usia produktif dan usia lanjut, berturut-turut, adalah sebesar 17,9% dan 21,9% dari jumlah yang sudah terdiagnosis diabetes oleh dokter.

Hasil SKI 2023 ini sejalan dengan temuan dari berbagai studi lain. Berdasarkan hasil skrining *May Measurement Month* (MMM) tahun 2018 di Indonesia, hanya sekitar 47,6% masyarakat mengetahui bahwa mereka menyandang hipertensi, dengan 47,4% menjalani pengobatan hipertensi dan hanya 22,0% memiliki tekanan darah terkendali¹⁶. Adapun Studi Kohor PTM tahun 2021 menemukan bahwa prevalensi diabetes dan hipertensi terkendali pada kelompok usia 25 tahun ke atas adalah, berturut-turut, 56,4% dan 31,7%⁴.



Pengukuran lingkaran perut untuk melihat resiko PTM

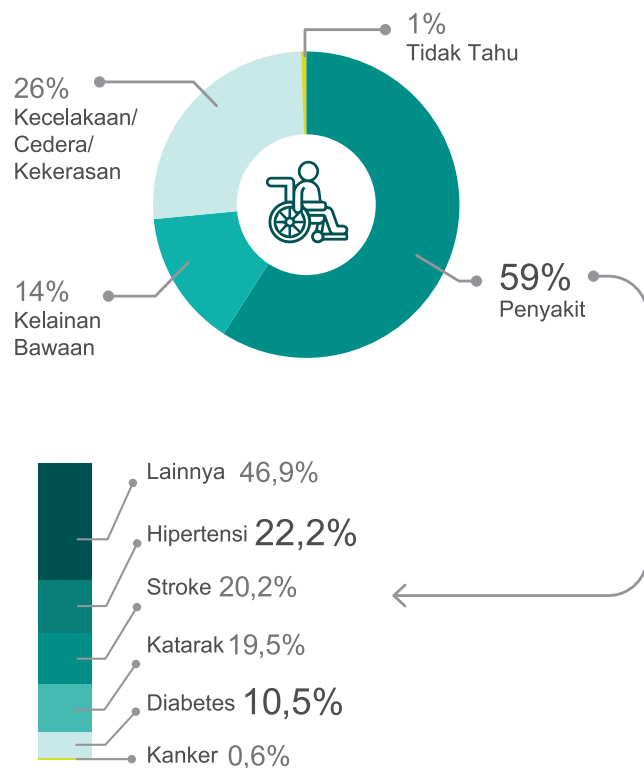
Sumber foto : BKPK

DAMPAK HIPERTENSI DAN DIABETES

Dampak yang ditimbulkan dari PTM, khususnya hipertensi dan diabetes, dapat berupa timbulnya disabilitas, mortalitas, maupun meningkatnya beban ekonomi. Hasil SKI 2023 menunjukkan bahwa 59,1% penyebab disabilitas (melihat, mendengar, berjalan) pada penduduk berusia 15 tahun ke atas adalah penyakit yang didapat, di mana 53,5% penyakit tersebut adalah PTM, terutama hipertensi (22,2%) dan diabetes (10,5%) (Gambar 5.11).

Terkait mortalitas, berdasarkan hasil Studi Kohor PTM^c, penyebab dasar mortalitas (*Underlying Cause of Death=UCoD*) didominasi oleh PTM (Tabel 5.1). Penyebab dasar kematian paling banyak adalah penyakit serebrovaskuler, penyakit jantung iskemik, diabetes, dan penyakit karena hipertensi⁴. Hal ini sejalan dengan data *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) IHME yang menjelaskan bahwa hipertensi dan diabetes dapat menimbulkan komplikasi PTM lainnya yang merupakan penyebab utama kematian. Data IHME menunjukkan bahwa 34,2% kematian pada individu dengan penyakit gagal ginjal adalah terkait dengan tingginya glukosa darah dan 61,6% kematian terkait dengan hipertensi³. Selain penyakit ginjal, kematian akibat penyakit jantung iskemik dan stroke (berturut-turut sebesar 53,2% dan 52,57%) juga dikaitkan dengan hipertensi³.

GAMBAR 5.11. PTM MERUPAKAN PENYEBAB DISABILITAS PALING BANYAK PADA PENDUDUK USIA ≥15 TAHUN



^c Data mortalitas didapatkan dari Studi Kohor PTM yang dilaksanakan di Kota Bogor, Jawa Barat selama 10 tahun (2011 – 2021). Penelusuran penyebab kematian (insiden mortalitas) didapatkan melalui autopsi verbal (AV) yang dilakukan berdasarkan wawancara terhadap keluarga responden. Responden AV adalah keluarga almarhum/ah yang mengetahui kondisi kesehatan sebelum meninggal dunia. AV dilakukan dengan instrumen dan prosedur yang digunakan pada studi pengembangan sistem registri penyakit dan kematian. Resume hasil AV dilakukan dengan aplikasi SMART VA yang dikembangkan oleh WHO, dengan pra validasi oleh tim dokter (peneliti) dan penentuan kode final penyebab dasar kematian sesuai aturan ICD-10¹².

TABEL 5.1. PENYEBAB UTAMA MORTALITAS BERDASARKAN STUDI KOHOR PTM 2011–2021

No	Penyebab Dasar Kematian	Jumlah	%
1	Penyakit Serebrovaskuler (I60-I69)	70	18,4
2	Penyakit Jantung Iskemik (I20-I25)	50	13,1
3	Diabetes mellitus (E10-E14)	46	12,1
4	Penyakit Karena Hipertensi (I10-I13)	39	10,2
5	Tuberkulosis (A15-A16)	38	10,0
6	Penyakit Jantung Lainnya (I26-I51)	14	3,7
7	Gejala dan Tanda (R00-R99)	10	2,6
8	Tumor ganas colon, rektum (C18-C21)	8	2,1
9	Tumor ganas serviks (C53)	8	2,1
10	Penyakit Paru Obstruktif Kronis (J40-J47)	8	2,1
11	Lainnya	90	23,6
	Total	381	100,0

Dari sisi ekonomi, prevalensi PTM yang tinggi dapat memicu kenaikan kebutuhan pelayanan, pengobatan yang lebih mahal, dan peningkatan belanja kesehatan, sehingga membatasi penggunaan anggaran untuk investasi ke kegiatan lain yang lebih produktif. Disabilitas dan kematian dini akibat PTM, terutama disebabkan oleh hipertensi dan diabetes, berdampak finansial terhadap individu, rumah tangga, masyarakat, dan pemerintah. Di tingkat individu dan rumah tangga, individu/rumah tangga dengan PTM memiliki risiko pengeluaran katastrofik yang lebih tinggi dibandingkan individu/rumah tangga yang tidak memiliki PTM karena pengeluaran besar yang tidak terduga untuk pengobatan PTM¹⁷. Sementara itu, di bawah Program

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), jumlah belanja 8 penyakit katastrofik^a adalah 17,92 triliun rupiah (sekitar 20,0% dari total belanja layanan kesehatan, yakni 90,56 triliun rupiah) di tahun 2021^b. Rata-rata nilai klaim kasus-kasus PTM juga meningkat dari tahun ke tahun, misalnya 14% untuk semua kasus PTM dan 23,9% untuk penyakit diabetes antara tahun 2015 dan tahun 2018¹⁷.

a Penyakit Jantung, Stroke, Kanker, Gagal ginjal, Talasemia, Hemofilia, Leukemia, Sirosis Hepatis (Pusjak PDK 2023)

b Tingkat pemanfaatan dan belanja layanan kesehatan semasa pandemi COVID-19 cenderung rendah, sehingga porsi belanja katastrofik relatif lebih besar.

FAKTOR RISIKO HIPERTENSI DAN DIABETES

Menurut WHO, terdapat lima faktor risiko umum PTM, yakni penggunaan tembakau, kurangnya aktivitas fisik, penyalahgunaan alkohol, pola makan yang tidak sehat, serta paparan polusi udara. Adapun faktor utama terjadinya diabetes dan hipertensi dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah (usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga) dan faktor risiko yang dapat diubah (obesitas, obesitas sentral, merokok, konsumsi buah dan sayur yang kurang, aktivitas fisik yang kurang, konsumsi minuman beralkohol, dan profil lipid yang abnormal)¹⁸.

Hasil SKI 2023 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi dan diabetes lebih tinggi pada kelompok yang memiliki faktor risiko obesitas sentral, baik pada kelompok usia produktif maupun kelompok usia lanjut. Sedangkan untuk faktor risiko aktivitas fisik, prevalensi diabetes dan hipertensi lebih tinggi ditemukan pada

responden dengan aktivitas fisik kurang dibandingkan responden dengan aktivitas fisik cukup hanya pada kelompok usia lanjut (60 tahun ke atas) (Tabel 5.2).

Prevalensi hipertensi dan diabetes lebih tinggi pada kelompok yang memiliki faktor risiko obesitas sentral. Kelebihan berat badan, baik obesitas maupun obesitas sentral telah diketahui menjadi salah satu faktor risiko utama kejadian hipertensi maupun diabetes. Hubungan antara obesitas dan hipertensi dijelaskan dengan baik pada anak-anak dan orang dewasa dan pada kedua jenis kelamin, misalnya hasil *Framingham Offspring Study*, 78% kasus baru hipertensi esensial pada pria dan 65,0% pada wanita disebabkan oleh kelebihan lemak tubuh¹⁹. Selain itu, peningkatan berat badan sebesar 5% dikaitkan dengan peningkatan kejadian hipertensi sebesar 20,0-30,0%²⁰. Obesitas sentral secara independen juga dikaitkan dengan peningkatan risiko terkena diabetes.

TABEL 5.2. PREVALENSI DIABETES DAN HIPERTENSI BERDASARKAN KEBERADAAN FAKTOR RISIKO

Variabel	Diabetes		Hipertensi	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Obesitas sentral (Usia 18-59)				
Ya	2,7	97,3	10,5	89,5
Tidak	0,9	99,1	3,1	96,9
Obesitas sentral (Usia 60+)				
Ya	9,6	90,4	31,5	68,5
Tidak	4,2	95,8	16,8	83,5
Aktivitas Fisik (Usia 18-59)				
Kurang	1,9	98,1	6,0	94,0
Cukup	1,5	98,5	5,9	94,1
Aktivitas Fisik (Usia 60+)				
Kurang	7,7	92,3	26,5	73,5
Cukup	5,4	94,6	19,7	80,3

Berdasarkan salah satu penelitian di Jepang, individu dengan obesitas sentral memiliki risiko 72% lebih tinggi terkena diabetes dibandingkan individu tanpa obesitas sentral²¹.

Terkait aspek aktivitas fisik, prevalensi hipertensi pada responden usia produktif dengan aktivitas fisik yang cukup maupun kurang hampir sama. Namun demikian, prevalensi diabetes pada kelompok usia produktif dengan aktivitas fisik yang kurang lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang memiliki aktivitas fisik cukup. Sementara itu, pada kelompok usia lanjut, prevalensi diabetes dan hipertensi lebih tinggi pada responden dengan aktivitas fisik yang kurang dibandingkan dengan responden yang memiliki aktivitas fisik yang cukup.

Kurangnya aktivitas fisik dapat menaikkan risiko tekanan darah tinggi karena keduanya berkorelasi secara negatif²³. Selain itu, secara global, kurangnya aktivitas fisik menjadi faktor risiko yang berkaitan dengan kematian akibat diabetes dengan kontribusi sebesar 8,07%³. Kajian yang dilakukan Gambardella dkk. (2020) menggambarkan bahwa aktivitas fisik yang cukup dan konstan berpotensi memberikan manfaat bagi pembuluh darah melalui mekanisme peningkatan adaptasi pembuluh darah dan peningkatan cadangan aliran darah²². Aktivitas fisik juga merupakan metode terapi yang kuat untuk

mencegah perkembangan hipertensi, terutama pada populasi berisiko tinggi, seperti pasien diabetes atau individu dengan riwayat keluarga hipertensi¹⁹.

Sejak tahun 2002, WHO telah menyatakan hubungan antara kematian dengan kurangnya aktivitas fisik²⁴. Melalui publikasi *World Health Report 2022*, WHO memperkirakan hampir 2 juta kematian per tahun di seluruh dunia disebabkan karena tidak aktif secara fisik²⁵. Kurangnya aktivitas fisik juga memicu beban ekonomi yang besar. Biaya pengobatan kasus-kasus baru PTM yang dapat dicegah diprediksi akan mencapai hampir 300 miliar dolar Amerika pada tahun 2030, atau sekitar 27 miliar dolar Amerika setiap tahunnya²⁵. Sejak tahun 2004, negara-negara direkomendasikan untuk membentuk sistem pemantauan nasional untuk mengkaji aktivitas fisik sebagai bagian dari pendekatan komprehensif dalam rangka pencegahan dan pengendalian PTM²⁵.



Pengambilan sampel darah pada responden SKI 2023 di Kabupaten Soe, NTT

Sumber foto : BKPK



Pemberian cairan glukosa dalam pemeriksaan gula darah

Sumber foto : BKKP

PENTINGNYA DETEKSI DINI HIPERTENSI DAN DIABETES

Hasil SKI 2023 menunjukkan masih tingginya prevalensi hipertensi dan diabetes berdasarkan diagnosis dokter dan hasil pengukuran/pemeriksaan. Selain itu, masih terdapat potensi ketidaktahuan masyarakat atas status hipertensi dan diabetesnya. Deteksi dini untuk kedua jenis PTM tersebut sangat penting untuk memulai pengobatan seawal mungkin guna mencapai kondisi hipertensi dan diabetes yang terkontrol, serta mencegah kemungkinan komplikasi lebih lanjut. Kajian hasil SKI 2023 tentang alur (*cascade*) tatalaksana kasus hipertensi

dan diabetes masih menunjukkan kesenjangan antara perkiraan prevalensi di masyarakat dengan yang proporsi sudah terdiagnosis, mengonsumsi obat secara teratur, dan melakukan kunjungan ulang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Hasil SKI 2023 mensinyalir perlunya penguatan upaya skrining PTM, edukasi masyarakat untuk melakukan deteksi dini serta berobat teratur, dan integrasi pelayanan untuk pengendalian hipertensi dan diabetes.



*Aktivitas pengukuran tekanan darah di Kec. Kapan,
Kab. Timor Tengah Selatan*

Sumber foto : BKPK



DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva; 2018. Global Burden of Disease Collaborative Network.
3. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results [Internet]. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020 [cited 2024 Mar 24]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
4. Kementerian Kesehatan RI. Studi Kohor Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular tahun 2021. Jakarta; 2021.
5. Arifin H, Chou KR, Ibrahim K, Fitri SUR, Pradipta RO, Rias YA, et al. Analysis of Modifiable, Non-Modifiable, and Physiological Risk Factors of Non-Communicable Diseases in Indonesia: Evidence from the 2018 Indonesian Basic Health Research. *J Multidiscip Healthc*. 2022;15:2203–21.
6. Ferrannini E, Cushman WC. Diabetes and hypertension: The bad companions. *The Lancet* [Internet]. 2012;380(9841):601–10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60987-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60987-8)
7. Beaney T, Burrell LM, Castillo RR, the MMM Investigators, et al. (2019). Measurement month 2018: a pragmatic global screening campaign to raise awareness of blood pressure by the international society of hypertension. *Eur Heart J*. 40(25):2006–2017
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. 2018.
9. World Health Organization (WHO). Prevalence of hypertension among adults aged 30–79 years [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 24]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-hypertension-among-adults-aged-30-79-years>
10. IDF Diabetes Atlas 10th Edition Committee. IDF Diabetes Atlas, 10th Edition [Internet]. Vol. 102, Diabetes Research and Clinical Practice. Brussels: International Diabetes Federation; 2021. 147–148 p. Available from: https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/?dlmodal=active&dlsrc=https%3A%2F%2Fdiabetesatlas.org%2Fidfawp%2Fresource-files%2F2021%2F07%2FIDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf&dlmodal=active&dlsrc=https%3A%2F%2Fdiabetesatlas.org%2Fidfawp%2Fresource-files%2F20
11. IDF Diabetes Atlas 10th Edition Committee. Indonesia: Diabetes report 2000 — 2045 [Internet]. IDF Diabetes Atlas 10th Edition. 2021 [cited 2024 Mar 24]. Available from: <https://diabetesatlas.org/data/en/country/94/id.html>
12. Bloom DE, Chen S, McGovern M, Prettner K, Candeias V, Bernaert A, et al. Economics of Non-Communicable Diseases in Indonesia [Internet]. World Economic Forum. Geneva; 2015. Available from: https://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Economics_of_non_Disease_Indonesia_2015.pdf
13. Kementerian Kesehatan RI. Pencegahan Sakit Kurangi Beban Ekonomi Rp 16.900 Triliun - Penyakit Tidak Menular Indonesia [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 24]. Available from: <https://p2ptm.kemkes.go.id/tag/pencegahan-sakit-kurangi-beban-ekonomi-rp-16900-triliun>
14. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J* [Internet]. 2018 Sep 1;39(33):3021–104. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
15. Perhimpunan Endokrinologi Indonesia (PERKENI). Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus tipe 2 di Indonesia. Jakarta: PERKENI; 2015.



16. Turana Y, Widyantoro B, Situmorang TD, Delliana J, Roesli RMA, Danny SS, et al. May Measurement Month 2018: an analysis of blood pressure screening results from Indonesia. *Eur Heart J Suppl.* 2020 Aug;22(Suppl H):H66–9.
17. Soewondo P, Pujisubekti R, Widyaputri D, Rahmayanti NM, Irawati DO. Kajian Kebijakan Implementasi Layanan Penyakit Tidak Menular (PTM) Katastropik Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2015-2018 [Internet]. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. Jakarta; 2021. Available from: <https://www.tnp2k.go.id/download/14511662>. Buku_Kajian Kebijakan-Implementasi Layanan Penyakit Tidak Menular (PTM) Katastropik Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2015-2018.pdf
18. Kementerian Kesehatan RI. Petunjuk Teknis Surveilans Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Berbasis Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu). In Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2014.
19. Garnisun RJ, et al dalam Shariq Omair A dan McKenzie Travis J, Obesity-related hypertension: a review of pathophysiology, management and the role of metaboloc surgery. *Gland Surg* 2020;9(1):80-93 | <http://dx.doi.org/10.21037/gs.2019.12.03>.
20. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, et al. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2001; 358 :1682-6. Doi: 10.1016/S0140-6736(01)06710-1
21. Cao C, Hu H, Zheng X, Zhang X, Wang Y, He Y. Association between central obesity and incident diabetes mellitus among Japanese: a retrospective cohort study using propensity score matching. *Sci Rep.* 2022 Aug 4;12(1):13445. Doi: 10.1038/s41598-022-17837-1. PMID: 35927472; PMCID: PMC9352654.
22. Li G, Wang H, Wang K, Wang W, Dong F, Qian Y, Gong H, Hui C, Xu G, Li Y, Pan L, Zhang B, Shan G. The association between smoking and blood pressure in men: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2017 Oct 10;17(1):797. doi: 10.1186/s12889-017-4802-x. PMID: 29017534; PMCID: PMC5634904.
23. Gambardella J, Morelli MB, Wang XJ, Santulli G. Pathophysiological mechanisms underlying the beneficial effects of physical activity in hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2020 Feb;22(2):291–5.
24. World Health Organization (WHO). World Health Report 2002 [Internet]. Geneva; 2002. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562072>
25. World Health Organization (WHO). Global status report on physical activity 2022 [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/physical-activity/global-status-report-on-physical-activity-2022>



Wawancara dan pengumpulan data anggota rumah tangga

Sumber foto : BKP

06

BAB 6

KESEHATAN JIWA

DEPRESI PADA ANAK MUDA DI INDONESIA

TEMUAN UTAMA

- Berdasarkan hasil SKI 2023 prevalensi penduduk dengan gejala depresi tertinggi terdapat pada kelompok anak muda (usia 15-24 tahun), berjenis kelamin perempuan, berpendidikan menengah pertama ke bawah, tidak bekerja, masih sekolah, dan kelompok pekerja yang tidak memerlukan keahlian khusus (buruh, sopir, pembantu rumah tangga, dll).
- Sedangkan secara nasional, prevalensi depresi untuk seluruh usia di Indonesia sebesar 1.4%. Prevalensi penduduk dengan gangguan depresi tertinggi berada di Provinsi Jawa Barat dan terendah di Bali.
- Proporsi responden dengan gangguan depresi yang pernah berpikir untuk mengakhiri hidup dalam 1 bulan terakhir 36 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak depresi pernah berfikir untuk mengakhiri hidup.



DEPRESI PADA ANAK MUDA DI INDONESIA

Kesehatan mental adalah keadaan sejahtera mental yang memungkinkan seseorang mengatasi tekanan hidup, belajar dengan baik, dan bekerja dengan baik, serta berkontribusi pada komunitasnya. Kesehatan mental adalah komponen yang menyatu dari kesehatan. Karena makna dari kesehatan adalah keadaan sehat seseorang baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif¹.

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menilai 3 gangguan jiwa yaitu psikosis/skizofrenia, depresi, dan masalah kesehatan jiwa. Laporan tematik kali ini mempresentasikan khusus terkait depresi pada orang muda di Indonesia. Definisi orang muda yang dipakai di sini adalah mereka yang berada pada usia 15-24 tahun, atau kategori remaja akhir dan dewasa muda. Laporan ini diawali dengan prevalensi dan karakteristik depresi secara umum dan kemudian membahas karakteristik depresi pada anak muda.

Poin 6.1. Apa yang dimaksud dengan depresi?

WHO menjelaskan bahwa depresi adalah kondisi kesehatan mental umum yang dapat terjadi pada siapa saja. Hal ini ditandai dengan suasana hati yang tidak baik atau hilangnya kesenangan atau minat terhadap aktivitas dalam jangka waktu yang lama. Hal ini berbeda dengan perubahan suasana hati dan perasaan biasa terhadap kehidupan sehari-hari. Episode depresi berlangsung hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, setidaknya selama dua minggu. Orang dengan depresi mungkin mengalami gangguan tidur dan perubahan nafsu makan. Mereka mungkin memiliki perasaan rendah diri, pikiran tentang kematian, dan keputusasaan tentang masa depan. Kelelahan dan konsentrasi buruk juga sering terjadi².

KONDISI DEPRESI SECARA GLOBAL PADA REMAJA DAN DEWASA MUDA

Diperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia menderita gangguan jiwa, neurologi, dan penyalahgunaan obat. Gangguan ini memberikan kontribusi 14% dari beban penyakit global. Sekitar 154 juta diantaranya menderita depresi. Pada 1 dari 7 remaja usia 10-19 tahun mengalami masalah psikologis. Depresi penyebab utama disabilitas pada remaja. Depresi dapat menjadi penyebab bunuh diri, dan bunuh diri merupakan penyebab ke-4 kematian pada remaja di dunia. Kebanyakan dari gangguan psikologis tersebut tidak disadari dan tidak mendapatkan penanganan yang tepat. Penanganan yang tidak tepat dan lambat pada kasus-kasus depresi dapat menimbulkan kematian akibat bunuh diri.

Perlu diketahui bahwa lebih dari 90% kasus bunuh diri disebabkan oleh adanya gangguan mental. Di India, depresi merupakan penyebab kematian tertinggi kedua pada kelompok umur 15-29 tahun. Di Amerika terjadi peningkatan kasus depresi, putus asa, dan pemikiran untuk bunuh diri meningkat hampir 40% pada siswa sekolah menengah. Remaja dengan masalah kesehatan mental sangat rentan dikucilkan di lingkungan pergaulannya, tidak dihargai, serta dicap buruk oleh teman dan masyarakat sekitar. Perlakuan buruk ini seringkali membuat mereka kesulitan memperoleh pendidikan yang layak, mempertahankan diri, dan memperoleh hak-haknya^{3,4}.

Di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa 6,2% penduduk berusia 15-24 tahun depresi.

Survei mengenai kesehatan mental pada remaja di Indonesia tahun 2022 mendapatkan hasil 5,5% remaja usia 10-17 tahun mengalami gangguan mental. Sebanyak 1% remaja mengalami depresi, 3,7% cemas, *post traumatic*

syndrome disorder (SPTSD) 0,9%, dan *Attention-deficit/hyperactivity disorder* (ADHD) sebanyak 0,5%⁵.

Tingginya permasalahan depresi di tingkat global termasuk di Indonesia memerlukan tindakan sejak dini dan masuk dalam program sekolah³. Sebelum melakukan intervensi, diperlukan gambaran faktor-faktor yang terkait dengan depresi di Indonesia agar intervensi dapat lebih terarah. Laporan ini dibuat dengan tujuan untuk memberikan gambaran faktor-faktor tersebut.

Poin 6.2. Gen Z dan Kesehatan Mental

Penduduk yang saat SKI 2023 dilakukan berusia 15-24 tahun termasuk dalam kelompok gen Z (kelompok yang lahir antara tahun 1997-2012) atau dikenal sebagai generasi strawberi^{6,7}. Generasi ini mempunyai karakteristik sudah terampil menggunakan teknologi dan sosial media sejak usia dini, konektivitas yang tinggi namun sangat khawatir terhadap kerahasiaan pribadi. Gen Z mudah jatuh dalam kondisi depresi, salah satunya dikarenakan penggunaan teknologi berlebihan yang menyebabkan kesulitan bersosialisasi, hiper konektivitas melalui media sosial menyebabkan kerahasiaan pribadi menjadi terancam dan mudah terjadi perundungan, lingkungan sosial yang cenderung negatif, disabilitas, kemiskinan, stress akademik, dan lainnya.



INSTRUMEN PENILAIAN DEPRESI DALAM SKI 2023

Penilaian gangguan depresi menggunakan *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Pertanyaan terdiri dari 3 (tiga) gejala utama depresi dan 7 (tujuh) gejala tambahan. Apabila responden mempunyai 2 (dua) gejala utama dan 2 (dua) gejala tambahan maka dinyatakan memiliki gangguan depresi. Pertanyaan tersebut ditanyakan pada individu berusia 15 tahun keatas dan tidak diwakili untuk kondisi 2 (dua) minggu terakhir.

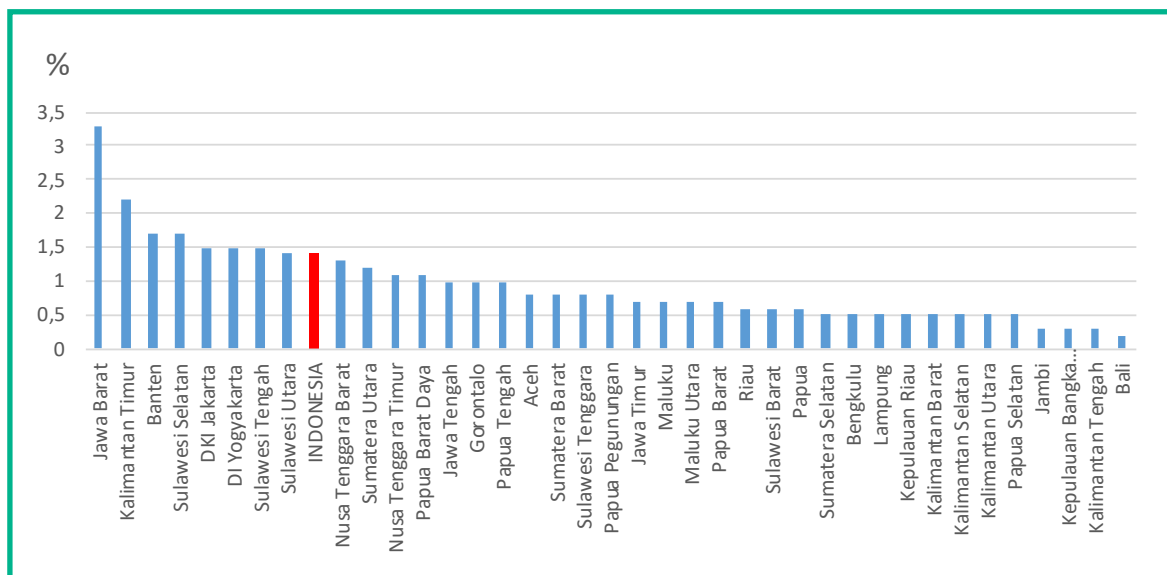
Beberapa determinan yang terkait depresi yang didapatkan dari SKI 2023 yaitu jenis kelamin, status pendidikan, status bekerja, status sosial ekonomi dan tempat tinggal. Selain itu yang dinilai adalah proporsi anak muda yang dalam 1 bulan terakhir mempunyai pemikiran untuk mengakhiri hidup. Selain itu juga diperoleh riwayat anak muda dengan depresi yang mencari pengobatan.

ANGKA GANGGUAN DEPRESI PADA SELURUH KELOMPOK UMUR DI SKI 2023

Secara Nasional, prevalensi depresi di Indonesia pada tahun 2023 sebesar 1,4% (**Gambar 6.1**). Tiga provinsi dengan prevalensi penduduk dengan gangguan depresi tertinggi berada di Provinsi Jawa Barat (3,3%), Kalimantan Timur (2,2%), dan Banten (1,7%). Sedangkan provinsi dengan prevalensi depresi terendah ada di Bali (0,2%), Kalimantan Tengah (0,3%), Kepulauan Bangka (0,3%), dan Jambi (0,3%).

Berdasarkan karakteristik kelompok umur, prevalensi depresi paling tinggi ada pada kelompok 15-24 tahun, yaitu sebesar 2%, diikuti kelompok lansia yaitu 1,9% (**Gambar 6.2**). Sedangkan kelompok usia yang prevalensi depresi paling sedikit adalah kelompok 35-44 tahun. Untuk jenis kelamin, kelompok perempuan memiliki prevalensi depresi tertinggi dibandingkan dengan kelompok laki-laki,

GAMBAR 6.1. PREVALENSI DEPRESI DI INDONESIA BERDASARKAN SKI 2023



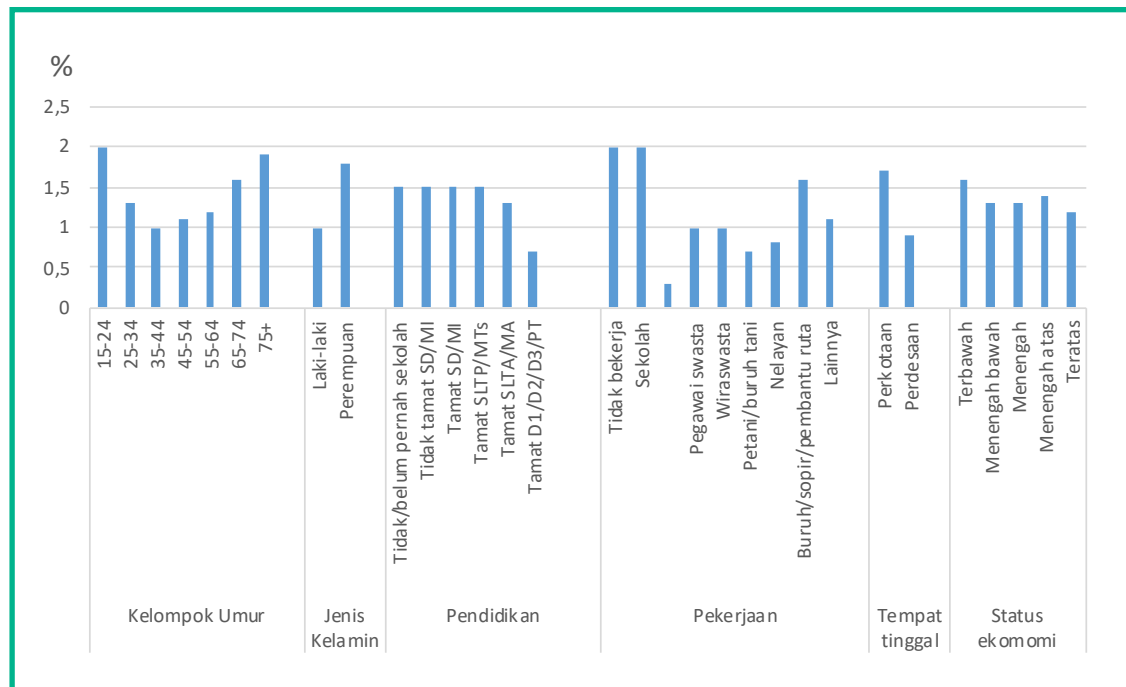
yaitu 1,8% dibandingkan dengan 1%. Untuk kelompok pendidikan, depresi lebih banyak ditemukan pada kelompok berpendidikan menengah ke bawah (1,5%). Berdasarkan kategori pekerjaan, depresi paling banyak ditemukan pada kelompok tidak bekerja dan sedang sekolah (2%). Pada kategori tempat tinggal, orang dengan depresi lebih banyak yang tinggal di perkotaan (1,7%), dibandingkan dengan yang di pedesaan (0,9%). Terakhir, berdasarkan status ekonomi, depresi lebih banyak pada kelompok ekonomi terbawah (1,6%) (Gambar 6.2).



Proses wawancara dan pengumpulan data kepada responden terkait kesehatan jiwa

Sumber foto : BKPK

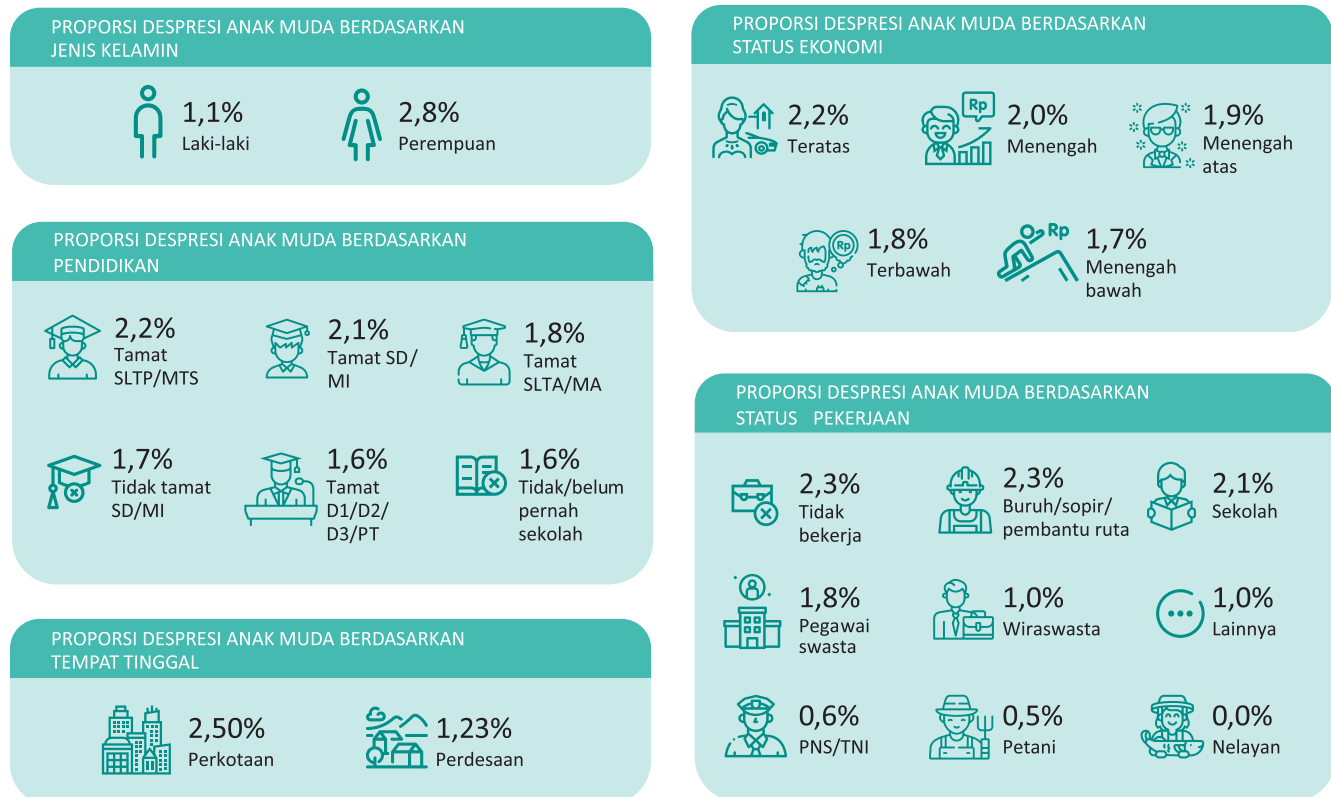
GAMBAR 6.2. PREVALENSI DEPRESI DI INDONESIA BERDASARKAN KARAKTERISTIK RESPONDEN



ANGKA GANGGUAN DEPRESI PADA KELOMPOK ANAK MUDA DI SKI 2023

Berdasarkan data sebelumnya, prevalensi depresi di Indonesia paling banyak didapatkan pada kelompok anak muda berusia 15-24 tahun, yaitu sebanyak 2%, dibandingkan dengan kelompok umur lainnya. Dari kelompok anak muda ini, karakteristiknya dapat dilihat pada **Gambar 6.3**.

GAMBAR 6.3. PREVALENSI DEPRESI ANAK MUDA BERDASARKAN KARAKTERISTIK RESPONDEN



Dari **Gambar 6.3** didapatkan bahwa kelompok perempuan mengalami depresi yang lebih banyak sebanyak 2,8% dibandingkan dengan laki-laki, yaitu 1,1%. Perempuan berisiko mengalami depresi 2 kali lebih besar dibandingkan laki-laki terutama setelah pubertas. Perubahan hormonal pada masa remaja disertai

dengan lingkungan sosial dan hubungan dengan teman sebaya menyebabkan perempuan lebih rentan terhadap dampak peristiwa negatif dalam hidup. Perempuan mempunyai risiko depresi pada usia dini sejak bersaing dalam peran sosial, kurangnya pilihan dan beban peran dibanding laki-laki.^{8,9}

Berdasarkan status pendidikan, responden dengan gangguan depresi tertinggi ada pada kelompok berpendidikan menengah (minimal lulus Sekolah Menengah Tingkat Pertama (SLTP) dan dan Sekolah Dasar (SD), yaitu 2,2% dan 2,1% (**Gambar 6.3**). Hal ini kurang lebih sama dengan karakteristik penduduk dengan gangguan depresi Nasional dimana yang tertinggi ada pada kelompok berpendidikan menengah ke bawah.

Untuk status pekerjaan, proporsi responden dengan gangguan depresi banyak ditemukan pada mereka yang tidak bekerja (2,3%) dan pekerja harian, seperti buruh/sopir/pembantu rumah tangga (2,3%, diikuti dengan mereka yang sedang bersekolah (2,1%), Hal ini sejalan dengan karakteristik Nasional.

Proporsi responden dengan gangguan depresi pada yang tinggal di perkotaan 2x lebih tinggi dibandingkan yang tinggal di pedesaan. Hal ini sejalan dengan hasil Nasional. Berdasarkan status sosial ekonomi, gangguan depresi lebih tinggi pada kelompok menengah ke atas. Hal ini kebalikan dengan data Nasional dimana depresi tertinggi ada pada kelompok dengan status ekonomi menengah ke bawah.

Poin 6.3. Perlunya intervensi kesehatan mental di sekolah

Dibutuhkan dukungan pendidikan kesehatan mental dalam sistem pendidikan yang jelas pada anak-anak dan remaja yang mengalami depresi. Hasil analisis pada gen Z ditemukan gangguan depresi tertinggi pada kelompok dengan pendidikan minimal sekolah menengah pertama dan atas. Penelitian yang dilakukan di Turki dan Iran menunjukkan tingginya prevalensi depresi pada anak sekolah menengah. Pada kelompok usia sekolah menengah depresi berhubungan dengan struktur keluarga (tinggal bersama atau jauh dari orang tua), kekerasan verbal, fisik atau seksual, hukuman fisik, riwayat penyakit dan penyakit yang diderita, *dropout*. Umumnya penanganan yang didapatkan terkait permasalahan yang diterima tidak adekuat, sehingga tidak mendapatkan hasil yang baik. Faktor yang terkait dengan depresi pada anak laki-laki dan perempuan berbeda sehingga membutuhkan penanganan yang berbeda pula^{10,11}



Pengisian kuesioner blok kesehatan jiwa oleh enumerator

Sumber foto : BKPK

ANAK MUDA YANG PERNAH MEMILIKI PIKIRAN MENGAKHIRI HIDUP

Depresi merupakan penyebab bunuh diri yang cukup tinggi. Kemungkinan munculnya ide untuk bunuh diri diantara orang-orang dengan gangguan depresi hampir 5x lebih tinggi dibandingkan yang tidak depresi¹². Proporsi responden berusia 15-24 tahun dengan gangguan depresi yang pernah berpikir untuk mengakhiri hidup dalam 1 bulan terakhir 36x lebih

besar dibandingkan yang tidak depresi pernah berfikir untuk mengakhiri hidup (**Gambar 6.5**). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian bahwa depresi merupakan penyakit mental tertinggi yang menyebabkan seseorang melakukan bunuh diri. Di Inggris 70% dari gen Z yang melakukan bunuh diri mengalami gangguan mental terutama depresi⁹

GAMBAR 6.4. PROPORSI DEPRESI PADA UMUR 15-24 TAHUN SKI 2023, YANG PERNAH MEMPUNYAI PIKIRAN MENGAKHIRI HIDUP



61% anak muda **depresi** dalam 1 bulan terakhir pernah berpikiran untuk mengakhiri hidup. Dibandingkan dengan **1,7%** anak muda yang **tidak depresi** pernah berpikiran yang sama.

ANAK MUDA DENGAN DEPRESI YANG MENDAPATKAN PENGOBATAN

Walaupun depresi pada gen Z tertinggi, namun kelompok ini adalah yang paling sedikit dalam mengakses pengobatan (**Gambar 6.6**). Gen Z yang tidak mendapatkan penanganan yang baik akan mengakibatkan permasalahan sosial yang tinggi diantaranya adalah penyakit yang menjadi semakin parah, bunuh diri, penggunaan zat-zat terlarang, dan lain sebagainya. Untuk itu perlu intervensi agar gen Z dengan gangguan depresi dapat diberikan tatalaksana yang tepat dan cepat.¹³

Rendahnya angka gen Z dengan depresi yang berobat bisa dikarenakan gen Z mencari pengobatan. Selain mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan (dokter dan perawat (24,3%), petugas Puskesmas (3,7%), dokter spesialis/ dokter spesialis jiwa (2,9%)), remaja dengan masalah mental juga mencari pertolongan kepada staf sekolah (38,2%), pemuka agama/ ketua adat (20,5%), dan lainnya (2,6%).⁵

GAMBAR 6.5. ANAK MUDA DENGAN DEPRESI YANG Mencari pengobatan



Hanya **10,4%** anak muda dengan depresi yang mencari pengobatan. Kelompok anak muda walaupun mempunyai prevalensi depresi tertinggi, namun kelompok ini paling sedikit yang mendapatkan pengobatan.

PELUANG DETEKSI DINI KESEHATAN JIWA PADA ANAK MUDA

Depresi merupakan permasalahan kesehatan jiwa yang cukup besar dan dapat menyebabkan bunuh diri pada anak muda. Saat ini di Indonesia dilakukan skrining kesehatan jiwa pada komunitas seperti di perkantoran, sekolah-sekolah, masyarakat umum dan kelompok masyarakat lainnya. Jika pada skrining didapatkan individu dengan masalah kesehatan jiwa

dapat berkonsultasi kepada guru di sekolah, bagian kepegawaian di kantor atau kader kesehatan. Bila membutuhkan penanganan lebih lanjut dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan terdekat. Diharapkan program ini dapat menurunkan masalah-masalah kesehatan jiwa, salah satunya depresi di masyarakat.

Seorang enumerator melakukan wawancara kepada responden di Kab. Bekasi

Sumber foto : BKPK



DAFTAR PUSTAKA

1. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*. 2015 Jun;14(2):231.
2. World Health Organization (WHO). Depression. https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
3. World Health Organization South-East Asia India [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 26]. p. 1–5. Available from: <https://www.who.int/india/health-topics/depression>
4. The American Psychological Association (APA). Stress in America™ Generation Z. Stress in America survey. *Am Psychol Assoc* [Internet]. 2018;(October):1–11. Available from: <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2018>
5. Wilopo et al. National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) Laporan Penelitian. *Ment Health (Lond)* [Internet]. 2022;xviii. Available from: <https://qcmhr.org/outputs/reports/12-i-namhs-report-bahasa-indonesia>
6. Snodgrass LC. The Mental Health of Gen Z : Crisis vs . Opportunity Objectives :
7. Musyorafah M, Hasyim M, Faisal A. Representasi Gaya Hidup Generasi Stroberi Pada Instagram. *J Ilm Glob Educ*. 2023;4(3):1717–30.
8. Smith DJ, Blackwood DHR. Depression in young adults. *Adv Psychiatr Treat*. 2004;10(1):4–12.
9. Sanne B, Mykletun A, Dahl AA, Moen BE, Tell GS. Occupational differences in levels of anxiety and depression: The Hordaland Health Study. *J Occup Environ Med*. 2003;45(6):628–38.
10. Bellandj I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. 2008;66(6):1334–45.
11. Wickersham A, Sugg HVR, Epstein S, Stewart R, Ford T, Downs J. Systematic Review and Meta-analysis: The Association Between Child and Adolescent Depression and Later Educational Attainment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2021;60(1):105–18. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.10.008>
12. Tegegne KT. The Association between Depression and Suicidal Ideation A Systematic Review and MetaAnalysis. *Prog Med Sci*. 2021;5(2):1–7.
13. Wirback T. Depression among Adolescents and Young Adults: Social and Gender Differences [Internet]. Vol. 31, *International Journal of Epidemiology*. 2018. 359–367 p. Available from: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/46505>



Pemeriksaan gigi dan mulut di Fatukopa,
Timor Tengah Selatan, NTT

Sumber foto : BKPK



07

BAB 7

KESEHATAN GIGI DAN MULUT

PROBLEMATIKA KESEHATAN GIGI DAN MULUT DI INDONESIA

TEMUAN UTAMA

- Hasil SKI 2023 menunjukkan bahwa setengah dari penduduk Indonesia umur ≥ 3 tahun dalam satu tahun terakhir mengeluh mempunyai masalah gigi dan mulut, di mana provinsi Sulawesi barat menempati urutan proporsi tertinggi, sedangkan terendah adalah Bali
- Dari 56,9% masyarakat yang mengaku mempunyai masalah kesehatan gigi hanya 11,2% yang berobat ke tenaga medis untuk mengatasi masalah tersebut.
- Berbagai alasan mengapa masyarakat tidak segera mencari pengobatan untuk mengatasi masalah kesehatan gigi dan mulut antara lain karena takut terpapar Covid-19 menjadi alasan utama (81,7 %), diikuti dengan alasan waktu tunggu pelayanan yang lama (80,2%), dan memilih untuk mengobati sendiri (79,3%)
- Dalam hal mengatasi permasalahan gigi dan mulut, 24,8% penduduk memilih mengobati sendiri atau membeli obat pereda nyeri gigi tanpa resep dokter.



PROBLEMATIKA KESEHATAN GIGI DAN MULUT DI INDONESIA

Kesehatan gigi dan mulut adalah keadaan mulut, gigi dan struktur terkait dalam kondisi sehat yang memungkinkan seseorang untuk melakukan fungsi penting seperti makan, bernapas dan berbicara. Kesehatan gigi dan mulut juga mencakup dimensi psikososial seperti kepercayaan diri, kesejahteraan dan kemampuan bersosialisasi dan bekerja tanpa rasa sakit dan ketidaknyamanan¹.

Laporan ini mempresentasikan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 terkait kesehatan gigi dan mulut di Indonesia. Laporan ini mempresentasikan data 2023 terkait kesehatan gigi dan mulut dibandingkan dengan 2018, juga membahas terkait faktor determinan sosial kesehatan untuk kesehatan gigi, dan rekomendasi WHO dalam pelaksanaan kesehatan gigi dan mulut.

Poin 7.1. Permasalahan kesehatan gigi dan mulut secara global

Saat ini penyakit gigi dan mulut menjadi tantangan bagi kesehatan masyarakat secara global karena berdampak terhadap sosial ekonomi. *World Dental Federation* menyatakan bahwa kerusakan gigi (karies) merupakan penyakit kronik paling umum dialami oleh masyarakat dunia. Berdasarkan Laporan WHO terkait Status Kesehatan gigi dan Mulut tahun 2022, sekitar 3,5 miliar orang di seluruh dunia atau hampir setengah populasi dunia mengalami penyakit gigi dan mulut¹.



Pemeriksaan mulut dan gigi responden

Sumber foto : BPKP

PERMASALAHAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT DI INDONESIA

Di Indonesia, beberapa masalah kesehatan gigi dan mulut meliputi masalah karies gigi yang tinggi, tingkat aksesibilitas perawatan gigi masih rendah dan kurangnya edukasi tentang pentingnya merawat kesehatan gigi dan mulut. Berdasarkan Data Hasil studi morbiditas SKRT (Survei Kesehatan Rumah Tangga) - Surkenas (Survei Kesehatan Nasional) 2001 menyatakan dari 10 kelompok penyakit terbanyak yang dikeluhkan masyarakat, penyakit gigi dan mulut menduduki urutan pertama (60 persen)². Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018 (Riskesdas 2018) juga menunjukkan bahwa prevalensi karies gigi mencapai 88,80%³.

Beberapa penyebab mengapa hanya sebagian kecil masyarakat yang mengakses pelayanan kesehatan gigi dan mulut adalah kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan gigi, terkadang mengabaikan rasa sakit yang timbul saat giginya bermasalah sehingga tidak bertindak mengatasi penyakit tersebut, atau sulit mengakses pelayanan kesehatan gigi dan mulut karena tidak tersedianya tenaga kesehatan gigi dan mulut di fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. Namun pada akhirnya berkunjung ke dokter gigi setelah kondisinya memburuk sehingga mengeluarkan biaya perawatan yang jauh lebih tinggi⁴.

Poin 7.2. Biaya perawatan kesehatan gigi dan mulut termasuk mahal

Secara global, biaya untuk mengobati penyakit gigi dan mulut adalah sebesar €90 billion dan menempati peringkat ke-3 (tiga) sebagai jenis perawatan kesehatan dengan biaya termahal dan rata-rata mengambil porsi 20% dari pengeluaran out-of-pocket masyarakat di negara-negara yang berpenghasilan tinggi. Bila dibandingkan maka biaya perawatan penyakit gigi dan mulut dengan penyakit tidak menular lainnya di kawasan Uni Eropa cukup signifikan. Hal ini menggambarkan bahwa beban finansial untuk perawatan penyakit gigi dan mulut sangatlah besar dan menjadi salah satu alasan meningkatnya risiko kesulitan ekonomi negara akibat sangat besarnya pembiayaan perawatan yang harus dikeluarkan⁵.

BIAYA PERAWATAN GIGI DAN MULUT DI INDONESIA TERBESAR KEDUA DI ASIA TENGGARA

Berdasarkan oral health country profile yang dikeluarkan WHO menyatakan Indonesia merupakan negara peringkat kedua di Asia Tenggara, yang memiliki total pengeluaran untuk perawatan kesehatan gigi terbesar, setelah Singapura (US\$ 1160)⁶. Pada tahun 2019 jumlah total biaya perawatan penyakit gigi dan mulut yang harus dikeluarkan di Indonesia, baik di sektor layanan publik maupun swasta, berkisar US\$ 266.6 milyar yang setara dengan Rp.3.972.340.000.000. Beban keuangan negara akan meningkat tiap tahunnya selain karena

biaya perawatan gigi yang tinggi, juga akibat biaya akibat kehilangan produktivitas kerja. Laju pertumbuhan penduduk Indonesia diperkirakan akan semakin meningkat dan pengeluaran untuk pengobatan penyakit gigi dan mulut diperkirakan akan terus meningkat sehingga bisa diperkirakan kerugian perekonomian negara sangat luar biasa bila tidak ditangani sejak dini.

DATA KESEHATAN GIGI DAN MULUT MASIH TERFRAGMENTASI

Selain permasalahan di atas, salah satu permasalahan yang aktual saat ini adalah data kesehatan gigi dan mulut sebagai dasar untuk menentukan kebijakan yang tepat masih terfragmentasi. Ditambah lagi, proses pemantauan serta evaluasi program kesehatan gigi dan mulut belum optimal karena data yang dikumpulkan kurang lengkap dan belum berkesinambungan. Hal ini menyulitkan pemangku kebijakan dalam menetapkan keputusan dan tindak lanjut yang berbasis bukti.

Kehadiran Blok Kesehatan Gigi dan Mulut dalam SKI 2023 antara lain dalam rangka penyediaan data kesehatan gigi dan mulut secara nasional dan komprehensif. Tujuannya agar dapat digunakan oleh pemangku kebijakan dalam merencanakan program yang lebih terarah. Dengan harapan dapat meningkatkan status kesehatan dan meningkatkan kemampuan serta akses pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Oleh karena itu, data ini dapat menjadi masukan dalam penentuan usulan kebijakan kesehatan gigi dan mulut Indonesia yang dituangkan dalam Rencana Aksi Nasional Kesehatan Gigi dan Mulut yang saat ini sementara disusun.

HASIL SKI 2023 UNTUK KESEHATAN GIGI DAN MULUT

Hasil SKI 2023 pada **Gambar 7.1** terlihat rata-rata 57% penduduk umur ≥ 3 tahun dalam 1 tahun terakhir mengeluh mempunyai masalah gigi dan mulut. Secara nasional, dibandingkan dengan data Riskesdas 2018, terdapat penurunan angka permasalahan gigi dan mulut sebesar 0,5%. Lima provinsi dengan angka permasalahan gigi dan mulut terbanyak adalah Sulawesi Barat (68,4%), Sulawesi Selatan(68,4%) , Sulawesi Tengah(66,5%), Sulawesi Utara dan Maluku ((64,9%). Sedangkan tiga provinsi di urutan terbawah adalah Bali (46,5%), Bangka Belitung (46,9%) dan Papua (49,4%).

Masalah tingginya angka karies ada hubungannya dengan konsumsi gula yang tinggi. Karies gigi berkembang ketika bakteri di mulut memetabolisme gula untuk menghasilkan asam yang mendemineralisasi jaringan keras gigi (enamel dan dentin). Pola kebiasaan

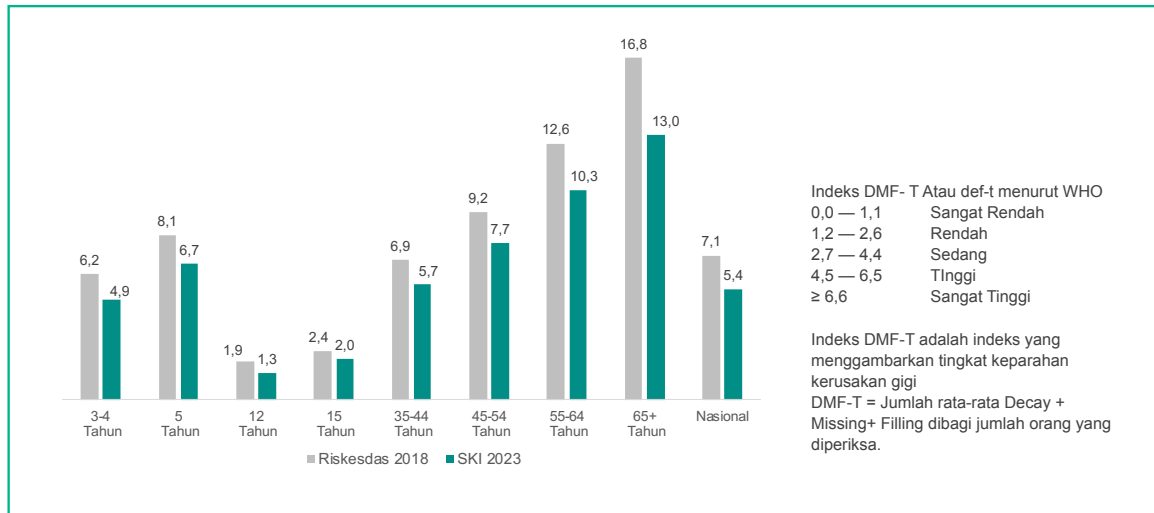
makan yang salah dari masyarakat yaitu lebih menyukai jajanan manis, kurang berserat dan mudah lengket. Sumber utama gula biasanya berasal dari minuman yang diberi pemanis, minuman manis berbahan dasar buah, juice buah murni, susu manis, permen, kue, biskuit, sereal manis, sukrosa, madu, sirup dan manisan⁸. Selain itu tidak mempunyai perilaku yang baik dalam menjaga kebersihan mulut atau perilaku oral hygiene, dapat mempengaruhi tingkat kerusakan gigi.

Gambar 7.2 menunjukkan untuk semua kelompok umur tampak adanya penurunan indeks DMFT-T dari tahun 2018 (Riskesdas) ke tahun 2023 (SKI). Indeks DMF-T rendah terjadi pada kelompok umur 12 tahun, namun seiring dengan bertambahnya umur indeks DMF-T juga semakin tinggi dan tertinggi pada kelompok umur 65+ tahun. Untuk indeks-dmf-t gigi

GAMBAR 7.1. PERMASALAHAN GIGI DAN MULUT BERDASARKAN PROVINSI, TAHUN 2023



GAMBAR 7.2. PERMASALAHAN GIGI DAN MULUT BERDASARKAN KELOMPOK UMUR



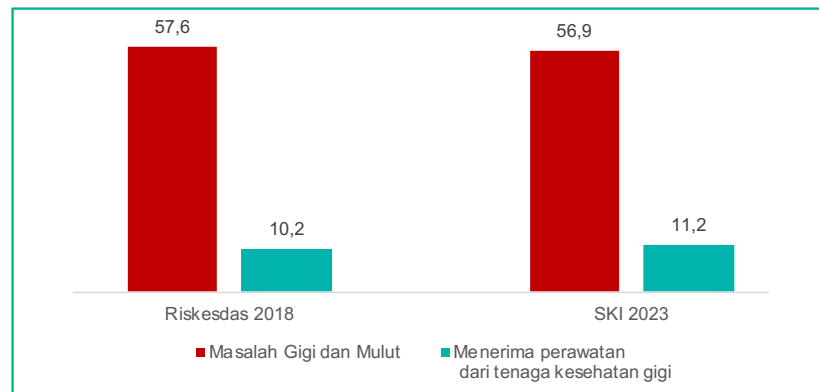
sulung kelompok umur 3-4 tahun dan 5 tahun juga mengalami peningkatan masuk dalam kategori sangat tinggi ($\geq 6,6$). Dengan demikian, walaupun terjadi penurunan indeks dari tahun 2018 kesehatan gigi dan

mulut di Indonesia masih perlu mendapatkan perhatian lebih karena untuk kelompok umur 3-4 tahun, 5 tahun dan >35 tahun masih berada pada kategori Indeks DMF-T tinggi dan sangat tinggi.

PENDUDUK INDONESIA DENGAN MASALAH KESEHATAN GIGI DAN MULUT SEBAGIAN BESAR BELUM MENERIMA PERAWATAN DARI TENAGA MEDIS GIGI

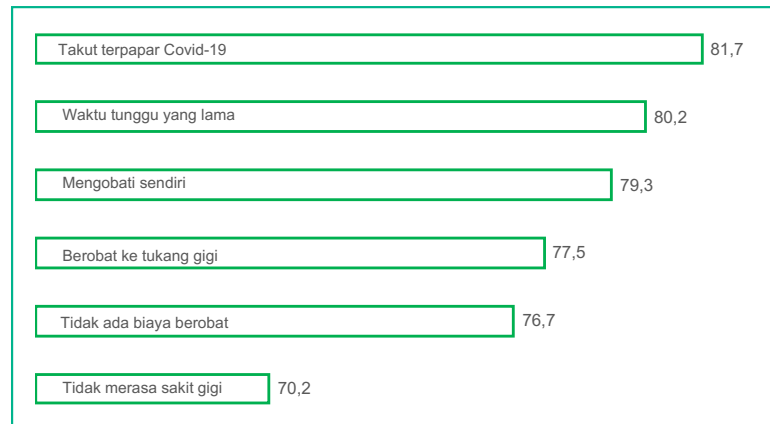
Kejadian masalah gigi dan mulut di masyarakat yang belum diobati atau belum mendapat perawatan dari tenaga medis gigi masih menjadi masalah aktual. Data SKI 2023 pada **Gambar 7.3** menunjukkan bahwa 56,9% masyarakat yang mengaku mempunyai masalah kesehatan gigi hanya 11,2% yang berobat ke tenaga medis untuk mengatasi masalah tersebut.

GAMBAR 7.3. PROPORSI MASYARAKAT YANG MENGELUH MEMPUNYAI MASALAH GIGI & MULUT DIBANDINGKAN DENGAN YANG MENERIMA PERAWATAN DARI TENAGA KESEHATAN GIGI



Berbagai alasan mengapa masyarakat tidak segera mencari pengobatan untuk mengatasi masalah kesehatan gigi dan mulut antara lain karena takut terpapar Covid-19 menjadi alasan utama (81,7%), diikuti dengan alasan waktu tunggu pelayanan yang lama (80,2%), dan memilih untuk mengobati sendiri (79,3%). Selain itu alasan lain adalah berobat ke tukang gigi (77,5), tidak ada biaya berobat (76,7%) dan tidak merasa gigi sakit (70,2%) (**Gambar 7.4**).

GAMBAR 7.4. ALASAN MASYARAKAT TIDAK MENCARI PENGOBATAN



Pemeriksaan mulut dan gigi responden SKI 2023

Sumber foto : BPKP



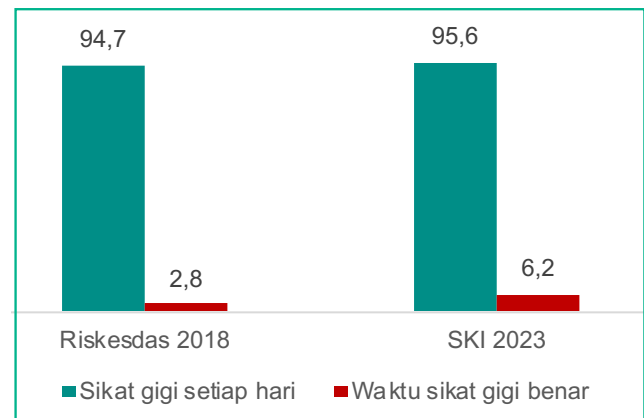
Pemeriksaan mulut dan gigi responden SKI 2023

Sumber foto : BKPK

PERILAKU MENJAGA KEBERSIHAN GIGI MASYARAKAT INDONESIA

Perilaku kebersihan gigi pada survei ini dilihat dari bagaimana kebiasaan penduduk dalam menyikat gigi secara benar yaitu menyikat gigi setiap hari minimal 2 kali sehari (pagi hari setelah sarapan dan malam hari sebelum tidur). Berdasarkan hasil wawancara kepada responden usia 3 tahun keatas terkait perilaku kebiasaan menyikat gigi setiap hari menunjukkan ada peningkatan dari 94,7% (Riskesdas 2018) menjadi 95,6% (SKI 2023). Sedangkan, perilaku kebiasaan sikat gigi dengan waktu yang benar yaitu menyikat gigi 2x sehari dengan waktu menyikat gigi pagi sesudah sarapan dan malam sebelum tidur terlihat peningkatan yang cukup menggemblirakan 2,8% menjadi 6,2% (**Gambar 7.5**).

GAMBAR 7.5. PERILAKU MENJAGA KEBERSIHAN GIGI DAN WAKTU SIKAT GIGI SECARA BENAR



FAKTOR DETERMINAN SOSIAL DAN KESEHATAN UNTUK KARIES

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Determinan Sosial Kesehatan adalah faktor non medis yang mempengaruhi hasil kesehatan. Keadaan lingkungan dimana seseorang dilahirkan, tumbuh, hidup, bekerja, dan menua berdampak signifikan terhadap kesehatan dan kesejahteraan⁷. Karies dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dihasilkan dari interaksi antara lingkungan, perilaku, dan faktor genetik. Perilaku dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut memiliki peran penting untuk mempengaruhi status kesehatan gigi dan mulut. Perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut yang dimaksud adalah perilaku menyikat gigi, perilaku konsumsi makanan, dan kunjungan ke dokter gigi. Bila perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut kurang baik, maka kecenderungan terjadinya karies semakin besar⁸.

Individu yang memiliki kebiasaan menyikat gigi setiap hari memiliki indeks DMF-T atau tingkat karies yang semakin rendah¹⁰. Penelitian lain juga menegaskan terdapat hubungan antara perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut terhadap karies¹¹. Hal ini dibuktikan juga dengan hasil SKI 2023 bahwa penduduk dengan perilaku menyikat gigi secara benar memiliki indeks DMF-T yang lebih rendah daripada penduduk dengan perilaku menyikat gigi yang tidak benar, artinya

kesehatan gigi dan mulut menjadi lebih baik bila perilaku kebersihan gigi dilakukan secara benar.

Faktor lain yang berpengaruh adalah faktor aksesibilitas yang meliputi jarak dan tidak tersedianya transportasi, kurangnya tingkat kesadaran serta biaya perawatan gigi mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut¹³. Faktor berupa ketidakmampuan finansial diketahui juga dapat mempengaruhi masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan gigi dan mulut karena biaya yang mahal dan tidak selalu tercakup asuransi. Penelitian lain menyatakan bahwa terdapat hubungan antara jarak, jaminan pemeliharaan kesehatan, dan penghasilan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut anak¹⁴. Selain itu, kendala keuangan dapat menyebabkan gizi buruk dan kebiasaan makan yang tidak sehat, sehingga berkontribusi terhadap masalah kesehatan gigi dan mulut. Anak-anak dari keluarga dengan Status sosial ekonomi tinggi memiliki kondisi kesehatan gigi dan mulut yang lebih baik dan cenderung mengunjungi dokter gigi secara teratur dibandingkan anak-anak dari latar belakang status sosial ekonomi rendah. Studi menunjukkan bahwa adanya karies gigi merupakan indikator kuat kesenjangan sosial ekonomi pada anak-anak dan orang dewasa^{14,15}.

Poin 7.3. Perilaku individu dalam mengakses layanan kesehatan gigi dan mulut.

Beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku individu dalam pemanfaatan layanan kesehatan gigi dan mulut adalah faktor predisposisi yaitu status sosiodemografi, pendidikan, sikap, kepercayaan tentang kesehatan, kemudian faktor penyerta yaitu faktor penghasilan, kepemilikan asuransi kesehatan, dan terakhir faktor penyebab yaitu penyakit.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi berkaitan dengan penghasilan, kepemilikan asuransi kesehatan untuk perawatan gigi, tingkat pendidikan, usia, jenis kelamin, dan ketersediaan tenaga kedokteran gigi per populasi penduduk. Aspek lain yang juga dapat berpengaruh adalah faktor sosial, lingkungan (tempat tinggal dan tempat kerja), struktural (struktur dan fungsi sistem pelayanan kesehatan gigi), serta faktor psikologis¹².



PERILAKU MENJAGA KEBERSIHAN GIGI MASYARAKAT INDONESIA

Kesadaran masyarakat untuk pemeriksaan dan pemeliharaan gigi masih tergolong rendah. Rata-rata yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dalam kondisi gigi sudah bermasalah dan rasa sakit yang sangat mengganggu. Mengakibatkan kesulitan dalam penanganan karena ada kecemasan atau ketakutan dalam menghadapi prosedur teknis perawatan gigi. Dalam melakukan perawatan gigi, gangguan emosional yang paling sering dialami oleh pasien adalah rasa ketakutan dan kecemasan. Pengalaman terdahulu yang dialami pasien seperti tindakan pencabutan yang menyakitkan, jumlah tarif yang mahal, trauma dengan pengalaman masa lalu saat berkunjung ke dokter gigi dapat dikatakan menjadi salah satu faktor pasien takut untuk berkunjung ke dokter gigi. *Dental fear dan anxiety* (DFA) sering dialami pada masa kanak-kanak dan dapat bertahan hingga pasien dewasa, beberapa hal tersebut itulah yang dapat dianggap sebagai alasan pasien enggan untuk kunjungan ke dokter gigi sehingga dapat menyebabkan timbulnya komplikasi dari penyakit lainnya¹⁵.

Budaya *self-medication* juga masih banyak terjadi di Indonesia, penggunaan antibiotika secara rasional masih belum terimplementasi menyeluruh. Hal ini didukung oleh kemudahan akses masyarakat untuk mendapatkan layanan pembelian obat bebas/tanpa resep (*over the counter medication*) sehingga berdampak pada rendahnya jumlah angka kunjungan ke Dokter gigi. Hasil SKI 2023 menunjukkan 24,8 % penduduk yang memilih mengobati sendiri atau membeli obat pereda nyeri gigi sendiri tanpa resep dokter.

Poin 7.4. Tiga elemen kunci kesehatan gigi dan mulut berdasarkan WHO Global Conference ke-7¹⁶

1. Kesehatan gigi dan mulut adalah hak asasi setiap manusia dan merupakan bagian dari kesehatan umum yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup manusia
2. Promosi kesehatan gigi dan mulut serta program pencegahan penyakit gigi dan mulut harus disediakan melalui Pelayanan Kesehatan Primer dan tergabung dalam promosi kesehatan umum. Pendekatan yang terintegrasi adalah merupakan cara yang paling efektif, efisien dan realistis untuk menutup kesenjangan perawatan kesehatan gigi dan mulut di seluruh dunia

Pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan gigi dan mulut serta pencegahan penyakit gigi dan mulut yang terintegrasi membutuhkan kebijakan, sumber daya manusia serta dukungan finansial yang memadai untuk meminimalkan kesenjangan antara golongan ekonomi tinggi dan rendah.

PELUANG UNTUK PENANGGULANGAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT

Sesuai dengan tema World oral health day 2024, FDI mencanangkan “*A Happy Mouth is...A Happy body*”, dan tujuan Rencana Aksi Nasional Kesehatan gigi dan mulut tahun 2022-2030, komite regional WHO untuk Asia tenggara menetapkan untuk menurunkan prevalensi karies sebesar 25% pada tahun 2023, oleh karenanya upaya peningkatan derajat kesehatan gigi dan mulut yang optimal seharusnya lebih diperhatikan di setiap usia sasaran sesuai siklus hidupnya. Kesehatan gigi dan mulut perlu ditinjau mulai dari periode kehamilan, bayi, balita, remaja, dewasa hingga lansia. Karena akan berpengaruh pada kemampuan untuk makan, bernapas hingga berinteraksi sosial dan menikmati kualitas hidup yang baik.

Diharapkan pemerintah bisa segera mengeluarkan cukai atas minuman dan makanan yang berpemanis; penerapan label gizi yang jelas, termasuk informasi gula yang terkandung dalam suatu produk; mengatur segala bentuk pemasaran dan periklanan makanan dan minuman tinggi gula pada anak-anak; pengaturan penjualan makanan dan minuman berpemanis di lingkungan publik, khususnya sekolah, serta meningkatkan kesadaran dan kemudahan

akses terhadap air bersih sebagai minuman yang baik untuk gigi,¹⁷. Selain itu, kesadaran untuk merawat gigi dan mulut termasuk gusi juga harus digaungkan sedini mungkin.

Akses layanan kesehatan gigi dan mulut masih belum merata terutama di daerah rural, permasalahannya adalah tenaga medis gigi yaitu dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang kurang dan lebih banyak bekerja di sektor swasta dan perkotaan, hal ini merupakan satu faktor sulitnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Indonesia.

Dibutuhkan penanganan yang tepat untuk meningkatkan status Kesehatan gigi dan mulut di Indonesia yaitu dengan meningkatkan layanan Kesehatan gigi dan mulut yang merata dengan menambah sarana prasarana dan produksi tenaga kesehatan gigi juga distribusi yang merata sampai daerah rural. Memasyarakatkan *oral health literacy*, salah satu kegiatannya adalah promosi Kesehatan, memainkan peran penting dalam keberhasilan sistem pelayanan Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Oral health. https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1
2. Kemenkes RI. Hasil Survei Kesehatan Nasional 2001.
3. Kemenkes RI. Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018. Kementerian Kesehatan RI. 2018 Dec;53(9):1689-99.REF
4. Dewanto I, Koontongkaew S, Widyanti N. Characteristics of dental services in rural, suburban, and urban areas upon the implementation of indonesia national health insurance. *Frontiers in Public Health*. 2020 May 12;8:138.
5. WHO. Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO;2022.
6. Oral Health country profile (singapore, Indonesia, Malaysia, Thailand, Vietnam, Brunei Darussalam, Cambodia, Laos, Myanmar, Philipne) WHO 2022
7. WHO. Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
8. Lendrawati L, Pintauli S, Rahardjo A, Bachtiar A, Maharani DA. Risk factors of dental caries: Consumption of sugary snacks among Indonesian adolescents. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2019 Oct 10;19:e4488.
9. Dos Santos AP, de Oliveira BH, Nadanovsky P. A systematic review of the effects of supervised toothbrushing on caries incidence in children and adolescents. *International journal of paediatric dentistry*. 2018 Jan;28(1):3-11.
10. Holmes RD. Tooth brushing frequency and risk of new carious lesions. *Evidence-based dentistry*. 2016 Dec;17(4):98-9.
11. Heningtyas & Dewanto, Dental Visit, Dental Diseases, and Dental Therapist Pattern in The Implementation of NHI at Private Clinics, *Journal of Indonesian Dental Association* 2019 2(1), 29-34
12. Lutfiyya MN, Gross JA, Soffe B, Lipsky MS. Dental care utilization: examining the associations between health services deficits and not having a dental visit in past 12 months. *BMC Public Health*. 2019;19(265):2-13.
13. Gedalya dkk., Determinan Yang Berhubungan Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Gigi Dan Mulut Anak (Di Kecamatan Cakung, Jakarta Timur) = Related Determinants to the Utilization of Dental and Oral Health Services of Children aged 3-5 years (in Cakung District, East Jakarta),
14. Verlinden, Deborah A dkk Socio-economic inequality in oral health in childhood to young adulthood, despite full dental coverage *Eur J Oral Sci*. 2019 Jun;127(3):248-253.
15. Arlette Suzy S, Aplikasi teori belajar sosial dalam penatalaksanaan rasa takut dan cemas anak pada perawatan gigi. *Dental Journal Majalah Kedokteran Gigi*. Vol 47, no 2, June 2014; hal.87, Bandung
16. World Health Organization. 7th global conference on health promotion. *Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. Geneva. 2009.
17. World Health Organization. Sugar and Detal Caries, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sugars-and-dental-caries#> di unduh pada 30 Maret 2024, 13.47 WIB



Ilustrasi penggunaan antibiotik oleh anggota rumah tangga

Sumber foto : Freepik

08

BAB 8

FARMASI

PENGGUNAAN ANTIMIKROBA (ANTIBIOTIK) TANPA RESEP DOKTER

TEMUAN UTAMA

- Sebanyak 9 dari 100 orang yang menggunakan antimikroba oral dalam 1 tahun terakhir, menyatakan bahwa antimikroba yang terakhir kali digunakan diperoleh tanpa resep dokter.
- SKI 2023 mengidentifikasi 18 provinsi dengan proporsi perolehan antimikroba oral tanpa resep dokter di atas rata-rata nasional. Sebagian besar provinsi tersebut terletak di kawasan Indonesia Tengah dan Indonesia Timur. Sementara itu, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan provinsi dengan proporsi perolehan antimikroba oral tanpa resep dokter terendah.
- Proporsi masyarakat yang memperoleh antimikroba tanpa resep dokter lebih banyak ditemukan di daerah pedesaan, pada masyarakat yang tidak memiliki asuransi, serta masyarakat dengan tingkat pendidikan dan status ekonomi yang rendah.



PENGGUNAAN ANTIMIKROBA (ANTIBIOTIK) TANPA RESEP DOKTER

Resistensi antimikroba atau *antimicrobial resistance* (AMR) merupakan salah satu ancaman kesehatan masyarakat dan pembangunan global. AMR diperkirakan bertanggung jawab langsung terhadap 1,27 juta kematian global pada tahun 2019 dan berkontribusi terhadap 4,95 juta kematian¹. Pada tahun 2019, diperkirakan terdapat 133.800 kematian yang berasosiasi dengan AMR di Indonesia, sehingga menempatkan Indonesia pada posisi ke-78 dengan angka kematian tertinggi (terstandar usia) terkait AMR dari 204 negara¹.

AMR, terutama di negara berkembang, merupakan permasalahan kesehatan yang kompleks yang dipicu perilaku pencarian obat dan penyalahgunaan antimikroba yang terbentuk oleh faktor-faktor struktural, yakni kemiskinan, akses pada pengobatan dan informasi medis, kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan, dan kebijakan terkait obat². Studi yang dilakukan Alhomoud dkk. (2018) di Arab Saudi menjelaskan bahwa penggunaan antimikroba yang tidak rasional meliputi penggunaan tanpa resep dokter, penggunaan tanpa indikasi klinis yang jelas, dan penggunaan berlebihan³. Penggunaan antimikroba yang tidak rasional berpotensi menyebabkan AMR, efek samping yang serius (seperti toksisitas obat), serta peningkatan biaya perawatan kesehatan—baik secara individual maupun sistematis—

karena pengobatan infeksi yang lebih sulit^{3,4}. Lebih jauh lagi, AMR diprediksi menyebabkan timbulnya *superbug* (bakteri-bakteri baru yang tahan terhadap segala bentuk antimikroba)⁵.

Laporan ini mempresentasikan dan mendiskusikan hasil-hasil utama Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 terkait penggunaan antimikroba tanpa resep dokter dan faktor-faktor yang berhubungan. Laporan ini juga membahas upaya-upaya yang telah dan perlu dilakukan oleh Pemerintah Indonesia untuk mengatasi masalah tersebut.



Ilustrasi obat-obatan antibiotik

Sumber foto : Freepik

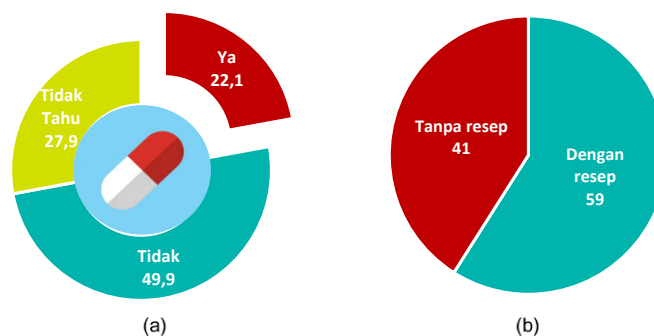
PROPORSI PENGGUNAAN ANTIMIKROBA TANPA RESEP DOKTER DI INDONESIA

SKI mendefinisikan “memperoleh antimikroba tanpa dokter” sebagai upaya mendapatkan antimikroba yang bertujuan sebagai pengobatan sendiri (swamedikasi) untuk mengatasi keluhan atau mengobati penyakit tanpa berkunjung ke dokter/tenaga kesehatan/fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) dalam kurun waktu satu tahun terakhir. Kuesioner ini ditanyakan kepada responden usia ≥ 15 tahun dan tidak dapat diwakilkan.

Hasil SKI 2023 menunjukkan, dari 22,1% masyarakat yang menggunakan antimikroba oral dalam 1 tahun terakhir, 41,0% di antaranya memperoleh antimikroba tanpa resep (**Gambar 8.1**). Hasil SKI sejalan dengan hasil penelitian Widayati dkk. (2011) yang menemukan bahwa pemberian antimikroba tanpa resep dokter terjadi pada sekitar 64% kunjungan ke apotek². Studi lain yang dilakukan Singh-Phulgenda dkk. (2023) pada 14 negara anggota WHO di Eropa menunjukkan bahwa sekitar 1 dari 3 orang memperoleh antimikroba tanpa resep dari apotek atau tempat lainnya serta menggunakan antimikroba yang tersisa dari peresepan sebelumnya⁶.

Sebanyak 18 provinsi di Indonesia—sebagian besar berada di wilayah tengah dan timur Indonesia—memiliki proporsi perolehan antimikroba oral tanpa resep dokter di atas rata-rata nasional (**Gambar 8.2**). Sementara itu, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan provinsi dengan proporsi perolehan antimikroba oral tanpa resep dokter terendah. Rendahnya perolehan antibiotik tanpa resep dokter didukung dengan adanya komitmen dari apoteker di DIY untuk menolak permintaan konsumen terhadap antibiotik tanpa resep dokter. Dinas Kesehatan Kota DIY bekerjasama dengan Pengurus Daerah (PD) Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) DIY berkomitmen untuk mengedukasi masyarakat agar peduli terhadap kasus resistensi di Indonesia. Bimbingan teknis yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan DIY dilakukan ke semua apotek, klinik, dan rumah sakit setiap tahun⁷. Selain itu, berdasarkan Kepmenkes Nomor 130 Tahun 2023 tentang Tim Pembinaan Wilayah di Lingkungan Kementerian Kesehatan, Provinsi DIY merupakan salah satu daerah yang menerima pembinaan langsung oleh

GAMBAR 8.1. PROPORSI PENGGUNAAN ANTIMIKROBA ORAL DALAM SATU TAHUN TERAKHIR DAN CARA MENDAPATKANNYA

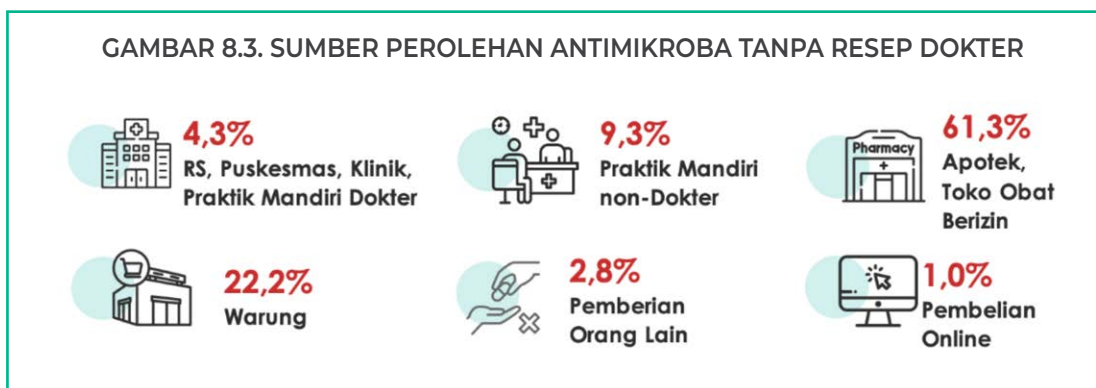
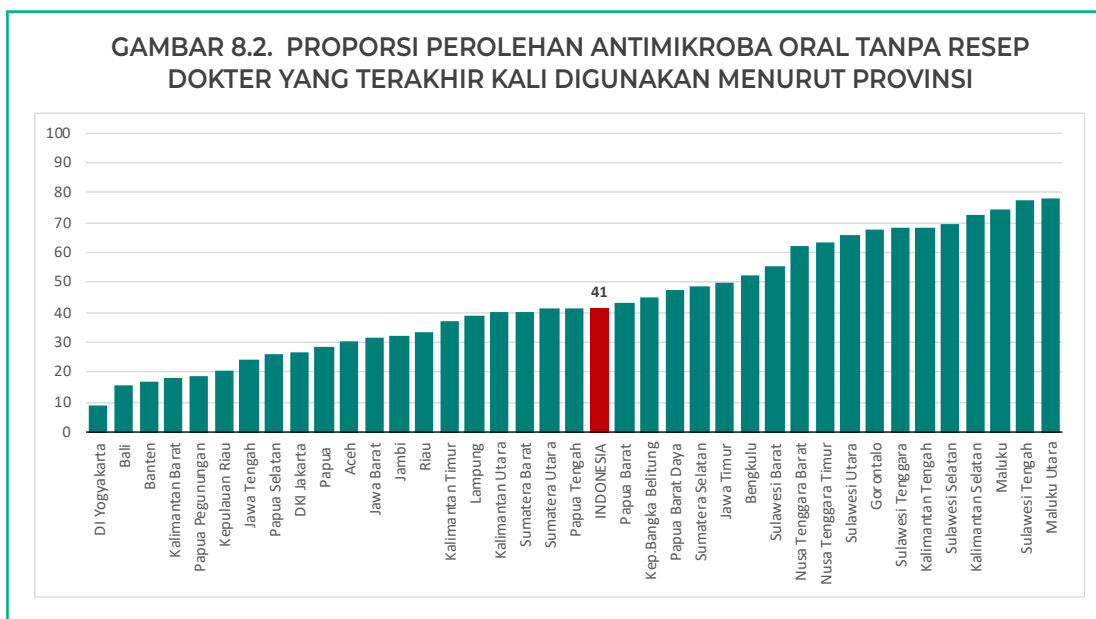


Keterangan:
(a) Proporsi Penggunaan Antimikroba 1 Tahun Terakhir
(b) Cara Perolehan Antimikroba yang Terakhir Kali Digunakan

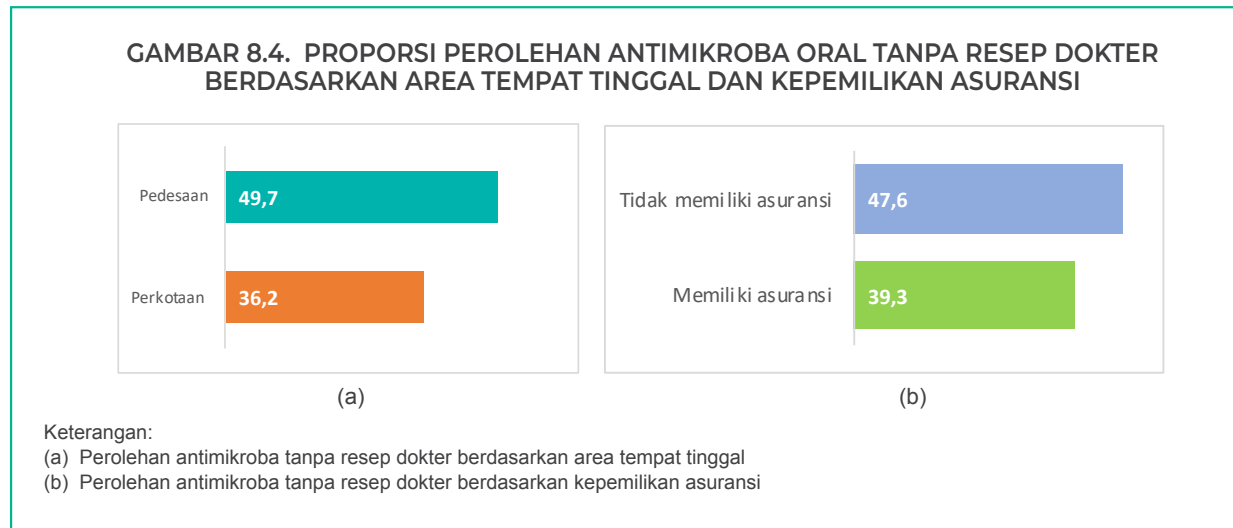
Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan. Jika ditinjau dari segi akses, aksesibilitas masyarakat terhadap fasilitas kesehatan di Provinsi DIY diasumsikan cukup baik karena tingginya persentase kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (96,31% di tahun 2023)⁸, rasio puskesmas per kecamatan (kelima tertinggi di Indonesia di tahun 2022)⁹, dan persentase puskesmas dengan dokter (100% di tahun 2022)⁹. Menurut hasil kajian Alhomoud dkk. (2018) di Arab Saudi, salah satu pemicu perolehan antimikroba tanpa resep dokter adalah bahwa apotek

di komunitas lebih aksesibel dibandingkan fasilitas pelayanan kesehatan³.

Ditinjau dari sumber perolehan antimikroba tanpa resep, SKI 2023 menemukan bahwa lebih dari 60% masyarakat mendapatkan obat tanpa resep di apotek atau toko obat berizin. (**Gambar 8.3**) Temuan ini sejalan dengan hasil studi Widayati dkk. (2011) yang menunjukkan bahwa pemberian antimikroba tanpa resep teridentifikasi pada 70% dari 495 kunjungan ke apotek dan toko obat swasta di Indonesia².



PROPORSI PENGGUNAAN ANTIMIKROBA TANPA RESEP DOKTER BERDASARKAN FAKTOR SOSIAL-EKONOMI



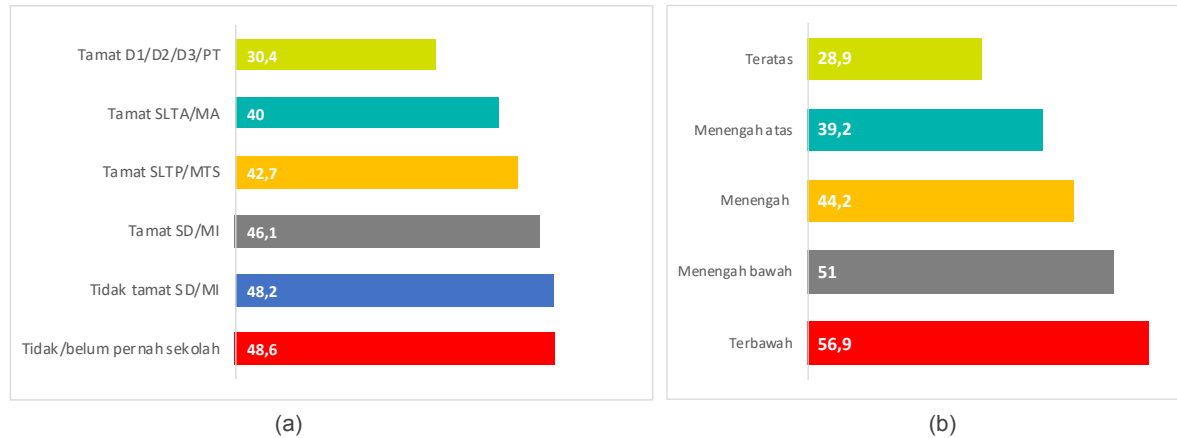
Hasil SKI 2023 menunjukkan bahwa masyarakat yang memperoleh antimikroba tanpa resep dokter lebih banyak ditemukan di daerah pedesaan (49,7%) dibandingkan perkotaan (36,2%) (**Gambar 8.4**). Temuan ini berbeda dengan hasil studi Wulandari dkk. (2021) yang menyebutkan bahwa jenis area tempat tinggal masyarakat tidak berhubungan perilaku penjualan antimikroba tanpa resep¹⁰.

Berdasarkan kepemilikan asuransi, SKI 2023 menemukan bahwa persentase perolehan antimikroba tanpa resep dokter lebih banyak teridentifikasi pada masyarakat yang tidak memiliki asuransi (**Gambar 8.4**). Hasil ini sejalan dengan temuan Widayati dkk. (2011)². Selain itu, studi yang dilakukan Alhomoud dkk. (2018) menjelaskan bahwa pembelian antimikroba tanpa resep dokter didorong oleh keinginan pasien untuk menghemat waktu (walaupun memiliki kartu asuransi),

sehingga masyarakat tidak pergi ke rumah sakit, di mana waktu tunggu lebih lama dibandingkan waktu tunggu di apotek³.

Survei ini juga menemukan bahwa persentase perolehan antimikroba tanpa resep lebih banyak ditemukan pada masyarakat dengan tingkat pendidikan dan status ekonomi yang lebih rendah (**Gambar 8.5**). Hal ini sejalan dengan hasil studi yang dilakukan oleh Bilal dkk. (2016) di Pakistan, yang mengemukakan bahwa swamedikasi (pengobatan sendiri) dengan antimikroba lebih banyak dilakukan oleh orang-orang dengan tingkat pendidikan dan status sosial-ekonomi yang lebih rendah¹¹. Selain itu, menurut hasil pemodelan perilaku yang dilakukan oleh Malik dkk. (2022), individu dengan kerentanan ekonomi-sosial kerap menganggap biaya pengobatan di fasyankes sebagai hal yang memberatkan¹². Persepsi ini mendorong keputusan mereka untuk melakukan swamedikasi¹².

GAMBAR 8.5. PROPORSI PEROLEHAN ANTIMIKROBA ORAL TANPA RESEP DOKTER BERDASARKAN TINGKAT PENDIDIKAN DAN STATUS EKONOMI



Keterangan:

(a) Perolehan antimikroba tanpa resep dokter berdasarkan tingkat pendidikan

(B) perolehan antimikroba tanpa resep dokter berdasarkan status ekonomi



Wawancara terhadap responden anggota rumah tangga di Bekasi

Sumber foto : BKPK

UPAYA PEMERINTAH INDONESIA TERKAIT PENGENDALIAN PENGGUNAAN ANTIMIKROBA

Studi yang dilakukan oleh Li dkk. (2023) dan Alhomoud dkk. (2018) mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan antimikroba tanpa resep sebagai berikut^{3,13}.

- a. Permintaan dari pasien/pelanggan terhadap antimikroba, bahkan untuk kondisi yang sebenarnya tidak memerlukan pengobatan antimikroba
- b. Keterbatasan akses masyarakat terhadap informasi terkait penggunaan antimikroba yang reliabel. Hal ini menyebabkan masyarakat beralih pada informasi lain yang lebih aksesibel, kendati tidak selalu akurat. Sebagai contoh, saran dari teman/kerabat atau informasi dari situs-situs populer kerap kali dijadikan referensi informasi penggunaan antimikroba.
- c. Kebutuhan apoteker dan staf farmasi untuk menjamin kelangsungan bisnis dan finansial,
- d. Pelayanan kesehatan alternatif berbiaya tinggi atau kurang nyaman sehingga pasien memilih untuk melakukan penghematan biaya dengan membeli antimikroba tanpa resep
- e. Lemahnya mekanisme penegakan peraturan. Walaupun Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan peraturan terkait penggunaan antimikroba, dalam praktiknya, masih ada pemberian antimikroba tanpa resep
- f. Keahlian dan pengetahuan apoteker, serta kepercayaan pasien

Guna menangani permasalahan tersebut, Indonesia telah mencanangkan Rencana Aksi Nasional (RAN) Pengendalian Resistensi Antimikroba Tahun 2020-2024 sesuai dengan rekomendasi sidang Majelis Kesehatan

Dunia (*World Health Assembly*) ke-68 Tahun 2017. Saat ini, Kementerian Kesehatan juga tengah memproses pembaharuan RAN ini untuk periode lima tahun berikutnya (2025-2029).

Poin 8.1. Enam Strategi RAN Pengendalian Resistensi Antimikroba Tahun 2020-2024

1. Peningkatan kesadaran dan pemahaman tentang pengendalian resistensi antimikroba melalui komunikasi, pendidikan, dan pelatihan
2. Penguatan pengetahuan dan bukti ilmiah melalui surveilans dan penelitian
3. Pengurangan kejadian infeksi melalui tindakan sanitasi, higiene, serta pencegahan dan pengendalian infeksi
4. Optimasi dan pengawasan, serta penerapan sanksi tindak lanjut terhadap pelanggaran peredaran dan penggunaan antimikroba yang tidak sesuai standar pada manusia, hewan, ikan, dan tanaman
5. Peningkatan investasi untuk menemukan tata cara pengobatan, metode diagnostik, dan vaksin baru dalam upaya mengurangi berkembangnya masalah resistensi antimikroba
6. Pembangunan tata kelola dan koordinasi terpadu dalam rangka pengendalian resistensi antimikroba

Negara lain di kawasan Asia Tenggara yang juga telah memiliki RAN terkait Resistensi Antimikroba adalah Malaysia. Melalui Rencana Aksi Malaysia tentang Resistensi Antimikroba (MyAP-AMR) 2022-2026, Malaysia mencanangkan empat tujuan utama, yakni 1) menguatkan kesadaran dan pemahaman tentang AMR, 2) meningkatkan surveilans dan penelitian *One Health* secara nasional, 3) mengurangi penularan penyakit, dan 4) mengoptimasi penggunaan obat antimikroba lintas sektor yang relevan¹⁴.

Intensitas penggunaan antimikroba yang tinggi menimbulkan masalah dan ancaman global bagi kesehatan, terutama persoalan resistensi bakteri terhadap antimikroba. Selain berdampak pada morbiditas dan mortalitas, resistensi antimikroba juga memberi

dampak negatif terhadap biaya pengobatan dan efek samping obat^{3,4}. Resistensi antimikroba sebenarnya merupakan proses alami yang terjadi dengan kecepatan rendah, namun penggunaan dan penyalahgunaan antimikroba yang masif mempercepat munculnya dan penyebaran proses resistensi antimikroba⁵. Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan **Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 28 tahun 2021 tentang Pedoman Penggunaan Antibiotik**. Permenkes tersebut menyebutkan bahwa penggunaan antimikroba harus berdasarkan resep dokter atau dokter gigi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Namun demikian, hasil SKI 2023 telah menunjukkan adanya kesenjangan antara peraturan ini dengan praktik pemberian antimikroba di komunitas.

PERBAIKAN PENGGUNAAN ANTIMIKROBA DI INDONESIA

Penggunaan antimikroba yang tidak rasional memiliki dampak yang serius bagi individu dan masyarakat, salah satunya AMR. Karena kompleksitasnya, penanganan isu ini membutuhkan keterlibatan semua pihak, yakni pemerintah, tenaga kesehatan, fasyankes, sarana pelayanan kefarmasian (seperti apotek), pelaku usaha, dan komunitas. Pemerintah Indonesia telah membuat regulasi dan RAN untuk mengendalikan penggunaan antimikroba dan mencegah AMR. Namun demikian, masih terdapat ruang untuk perbaikan bagi upaya-upaya berikut.

1. Edukasi masyarakat tentang penggunaan antimikroba yang rasional
2. Penguatan peran dokter dalam hal peresepan antimikroba secara rasional
3. Penguatan komitmen apoteker untuk memberikan antimikroba hanya berdasarkan resep dari dokter.
4. Penguatan pengawasan dan regulasi peresepan dan penjualan antimikroba, baik di fasyankes maupun sarana-sarana pelayanan kefarmasian
5. Pemetaan dan pengawasan kejadian AMR dengan memanfaatkan teknologi seperti *Whole Genome Sequencing (WGS)* dan melalui kerja sama lintas sektor (Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian, dan Kementerian Perikanan)



DAFTAR PUSTAKA

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Bacterial Antimicrobial Resistance Burden Estimates 2019. 2022;5–8.
2. Widayati A, Suryawati S, de Crespigny C, Hiller JE. Self medication with antibiotics in Yogyakarta City Indonesia: a cross sectional population-based survey. *BMC Res Notes*. 2011 Nov;4:491.
3. Alhomoud F, Almahasnah R, Alhomoud FK. “You could lose when you misuse” - Factors affecting over-the-counter sale of antibiotics in community pharmacies in Saudi Arabia: A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1–9.
4. Alhomoud F, Aljamea Z, Almahasnah R, Alkhalifah K, Basalelah L, Alhomoud FK. Self-medication and self-prescription with antibiotics in the Middle East—do they really happen? A systematic review of the prevalence, possible reasons, and outcomes. *International Journal of Infectious Diseases [Internet]*. 2017;57(2017):3–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2017.01.014>
5. Christaki E, Marcou M, Tofarides A. Antimicrobial Resistance in Bacteria: Mechanisms, Evolution, and Persistence. *J Mol Evol [Internet]*. 2020;88(1):26–40. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00239-019-09914-3>
6. Singh-Phulgenda S, Antoniou P, Wong DLF, Iwamoto K, Kandelaki K. Knowledge, attitudes and behaviors on antimicrobial resistance among general public across 14 member states in the WHO European region: results from a cross-sectional survey. *Front Public Health*. 2023;11(1).
7. Sunartono, Saputra IY. Gelar Aksi di Tugu Jogja, Apoteker Tolak Jual Antibiotik Tanpa Resep Dokter [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 25]. Available from: <https://jogja.solopos.com/gelar-aksi-di-tugu-jogja-apoteker-tolak-jual-antibiotik-tanpa-resep-dokter-1477166>
8. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). Aspek Kepesertaan [Internet]. Sismonev DJSN. 2024. Available from: https://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/?jumpto=map_canvas
9. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 2022. Jakarta; 2023.
10. Wulandari LPL, Khan M, Liverani M, Ferdiana A, Mashuri YA, Probandari A, et al. Prevalence and determinants of inappropriate antibiotic dispensing at private drug retail outlets in urban and rural areas of Indonesia: a mixed methods study. *BMJ Glob Health*. 2021 Aug;6(8).
11. Bilal M, Haseeb A, Khan MH, Arshad MH, Ladak AA, Niazi SK, et al. Self-medication with antibiotics among people dwelling in rural areas of Sindh. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016;10(5):OC08-OC13.
12. Malik B, Hasan Farooqui H, Bhattacharyya S. Disparity in socio-economic status explains the pattern of self-medication of antibiotics in India: Understanding from game-theoretic perspective. *R Soc Open Sci*. 2022;9(2).
13. Li J, Zhou P, Wang J, Li H, Xu H, Meng Y, et al. Worldwide dispensing of non-prescription antibiotics in community pharmacies and associated factors: a mixed-methods systematic review. *Lancet Infect Dis [Internet]*. 2023;23(9):e361–70. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00130-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00130-5)
14. Ministry of Health Malaysia. Malaysian Action Plan on Antimicrobial Resistance (MyAP-AMR) Ministry of Health Malaysia & Ministry of Agriculture and Food Security [Internet]. Putrajaya, Malaysia: Ministry of Health Malaysia; 2022. 2022–2026 p. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/antimicrobial-resistance/amr-spc-npm/nap-library/malaysi-a-amr-nap-2022-2026.pdf?sfvrsn=f5fd5df4_3&download=true



LAMPIRAN

PROGRAM PENCEGAHAN STUNTING DI NEGARA ASEAN

BERASAL DARI BAB 4

PROGRAM PENCEGAHAN STUNTING DI NEGARA ASEAN

WHO	Indonesia	Malaysia	Vietnam	Thailand	Myanmar
Meningkatkan pengenalan, pengukuran dan pemahaman tentang stunting serta memperluas cakupan kegiatan pencegahan stunting	<ul style="list-style-type: none"> Seluruh puskesmas memiliki alat USG dan dokter terlatih Seluruh posyandu memiliki alat antropometri terstandar Peningkatan kapasitas kader yang untuk pengukuran BB/TB Balita Imunisasi 	<ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan anggaran untuk program gizi. Memperkuat program edukasi dan promosi kesehatan tentang gizi. 	4 kebijakan WHO untuk pencegahan stunting sudah diterapkan di Vietnam	Intervensi diintegrasikan tidak hanya pada program pelayanan kesehatan yang sudah ada tetapi disertai inisiatif pengembangan komunitas	Peningkatan Pengetahuan dan Praktek Pemberian makan pada Bayi dan Balita melalui Media Massa dan Kelompok Komunitas
Tantangan	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen finansial yang kontinu Peningkatan kapasitas gizi Dukungan kerangka kerja legal 	<ul style="list-style-type: none"> Akses ke layanan kesehatan, pendidikan yang terbatas Kurangnya komitmen finansial yang kontinu dan keterbatasan finansial 	Kementerian dan institusi tidak memahami kontribusi mereka dalam perbaikan gizi karena keterbatasan koneksi ke intervensi spesifik yang tradisional	<ul style="list-style-type: none"> Kemiskinan Kurangnya pengetahuan tentang gizi Polusi lingkungan. 	<ul style="list-style-type: none"> Kemiskinan Kurangnya akses ke layanan kesehatan
Mengembangkan kebijakan dan/ atau meningkatkan intervensi untuk memperbaiki gizi dan kesehatan ibu dimulai dari anak perempuan	<ul style="list-style-type: none"> ANC pada ibu hamil Konsumsi tablet tambah darah ibu hamil PMT bagi ibu hamil KEK Penyediaan hb meter untuk setiap puskesmas dengan jumlah strip sesuai sasaran rematri kelas 7 dan 10 untuk upaya skrining anemia. Skrining anemia, konsumsi tablet tambah darah untuk remaja putri 	Program intervensi gizi sekolah yang dilakukan untuk anak usia 8 tahun, remaja dan anak-anak yang berat badan berlebih	<ul style="list-style-type: none"> Eliminasi kelaparan Penguatan perlindungan ibu Perpanjangan cuti hamil dari 4 hingga 6 bulan dan larangan iklan produk pengganti ASI untuk anak-anak hingga usia 24 bulan 	Pemenuhan pangan yang bergizi terutama dalam pangan khusus protein hewani yang diperuntukkan kepada masyarakat yang miskin	<p>Pemenuhan makanan berprotein untuk seluruh masyarakat khususnya kepada masyarakat yang miskin, selain mendidik ibu tentang praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA) yang benar.</p> <p>Suplementasi asam folat, suplementasi energi protein seimbang, suplementasi kalsium, suplemen multiple mikronutrien</p>

WHO	Indonesia	Malaysia	Vietnam	Thailand	Myanmar
					selama kehamilan dan menyusui, manajemen malnutrisi akut/management of moderately acute malnutrition (MAM)
Tantangan	<ul style="list-style-type: none"> Monitoring dan evaluasi Komitmen finansial yang kontinu 	Kurangnya koordinasi intersektoral dan multi-stakeholder	Kebijakan ini perlu koordinasi dengan berbagai kementerian di Vietnam, ini memerlukan waktu, sumber daya dan komitmen	<ul style="list-style-type: none"> Kemiskinan Sistem ketahanan pangan di Myanmar masih lemah 	<ul style="list-style-type: none"> Konflik politik Pembiayaan yang besar
Melakukan intervensi untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan praktik pemberian makanan pendamping ASI.	<ul style="list-style-type: none"> <i>Food industry</i> ASI eksklusif, MPASI kaya protein hewani bagi baduta Tata laksana balita dengan masalah gizi 	Kebijakan Menyusui Nasional yang diformulasikan pada 1993 dan direvisi tahun 2005.	<ul style="list-style-type: none"> Pendekatan multisektoral : Adaptasi Strategi Nasional untuk Nutrisi Fokus pada 1000 hari pertama kelahiran Intervensi berbasis komunitas 	Pelatihan berbasis komunitas untuk pemberian ASI dan MPASI	Promosi ASI, pemberian MP ASI, suplementasi vitamin dan zinc pada balita 6-59 bulan, tatalaksana malnutrisi akut yang berat / <i>severe acute malnutrition</i> (SAM), dan management malnutrisi akut moderat / <i>management of moderately acute malnutrition</i> (MAM)
Tantangan	<ul style="list-style-type: none"> Faktor sosial dan budaya Kenaikan harga pangan Komitmen finansial yang kontinu Peningkatan kapasitas gizi 	kurangnya kapasitas dan monitoring-evaluasi	Pendanaan ekstra untuk program	<ul style="list-style-type: none"> Kemiskinan Kurangnya pengetahuan tentang gizi 	<ul style="list-style-type: none"> Kemiskinan Kurangnya akses ke layanan kesehatan
Memperkuat intervensi berbasis masyarakat, termasuk meningkatkan air, sanitasi dan	<ul style="list-style-type: none"> Aksi Bergizi Bumil Sehat Posyandu Aktif Jambore Kader Cegah Stunting Itu Penting Protein Hewani Cegah Stunting 	Meningkatkan akses ke layanan kesehatan dan sanitasi Membangun infrastruktur air bersih dan	<ul style="list-style-type: none"> Investasi pada fasilitas perbaikan air 	<ul style="list-style-type: none"> Telah mengembangkan strategi sumber daya manusia untuk air minum dan 	Program air, sanitasi, dan higienitas (<i>water, sanitation and hygiene/ WASH</i>)

WHO	Indonesia	Malaysia	Vietnam	Thailand	Myanmar
kebersihan (WASH).	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaikan sanitasi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). • Posyandu • KB • Program menurunkan angka kemiskinan ekstrem 	sanitasi yang layak di daerah pedesaan dan terpencil	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaikan infrastruktur sanitasi 	<p>sedang mengamban gkan sanitasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telah memiliki kualitas air minum yang baik 	
Tantangan	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor sosial dan budaya • Kenaikan harga pangan • Komitmen financial yang kontinyu • Peningkatan kapasitas gizi 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanitasi yang tidak merata • Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi yang memadai 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparitas pedesaan-p erkotaan • Kendala pembiayaan • Rendahnya kesadaran masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> • Kemiskinan • Kurangnya pengetahuan tentang gizi • Polusi lingkungan • Kendala pembiayaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kemiskinan • Kurangnya kapasitas sumber daya manusia dan koordinasi yang lemah karena tumpang tindihnya tanggung jawab antar kementerian



Kemenkes
BKPK

Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI
Jl. Percetakan Negara No. 29,
Jakarta Pusat

ISBN 978-623-301-455-7



9 786233 014557