

Kesenjangan Implementasi Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia: Analisis Terintegrasi Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia 2023

Sitti Raodhah^{1*}, Nurul Asikin², Nurul Astria³, Syamsul Alam⁴

^{1,2,3} Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Gowa, Indonesia

⁴ Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Gowa, Indonesia

*Email Korespondensi: sittiraodhah.uin@gmail.com

Informasi Artikel

Diterima : 29 April 2026

Direvisi : 13 Juni 2026

Disetujui : 23 Juli 2026

Diterbitkan : 31 Juli 2026

Keywords

*Evidence-Based Policy;
Maternal and Child Health;
Political Economy of
Health; Systems Thinking;
Wicked Problem*

Kata Kunci

Berpikir Sistem; Ekonomi
Politik Kesehatan;
Kebijakan Berbasis Bukti;
Kesehatan Ibu dan Anak;
Wicked Problem

ABSTRACT

Despite maternal and child health (MCH) policies in Indonesia, substantial gaps persist between policy targets and service delivery outcomes. This study analyzed MCH conditions and identified factors underlying policy implementation gaps using an integrated policy analysis framework. This descriptive-interpretive policy analysis integrated published national-level indicators from the 2023 Indonesian Health Survey with a structured narrative review of scientific literature and national policy documents published between 2019 and 2025. Evidence was synthesized using four complementary frameworks: Evidence-Based Policy, Systems Thinking, Political Economy of Health, and Wicked Problem. Major discontinuities were identified across the maternal and newborn continuum of care. Although first antenatal care coverage reached 86.7%, only 17.6% of pregnant women completed six recommended visits. Complete neonatal and postpartum care coverage remained low at 40.5% and 26.8%, respectively. Maternal anemia affected 27.7% of pregnant women, while child stunting prevalence remained at 21.5%. The integrated analysis identified discontinuities in care and indicated that unequal local implementation capacity, output-oriented accountability, fragmented financing, referral-system limitations, and weak intersectoral coordination may contribute to implementation gaps. These interacting factors indicate that MCH challenges constitute a complex policy problem that cannot be addressed through isolated interventions. Improving MCH outcomes requires strengthening the continuum of care, enhancing service quality and referral systems, implementing outcome-based accountability, reinforcing intersectoral governance, and developing adaptive health-system management.

ABSTRAK

Meskipun Indonesia telah mengembangkan berbagai kebijakan kesehatan ibu dan anak (KIA), kesenjangan antara target kebijakan dan capaian pelayanan masih ditemukan. Penelitian ini bertujuan menganalisis kondisi KIA serta mengidentifikasi faktor yang mendasari kesenjangan implementasi kebijakan melalui kerangka analisis terintegrasi. Studi analisis kebijakan dengan desain deskriptif-interpretatif ini mengintegrasikan indikator agregat tingkat nasional yang dipublikasikan dalam Survei Kesehatan Indonesia 2023 dengan telaah naratif terstruktur terhadap literatur ilmiah dan dokumen kebijakan nasional periode 2019–2025. Bukti dianalisis menggunakan empat kerangka, yaitu *Evidence-Based Policy*, *Systems Thinking*, *Political Economy of Health*, dan *Wicked Problem*. Ditemukan penurunan keberlanjutan pelayanan pada berbagai tahapan *continuum of care*. Meskipun cakupan kunjungan antenatal pertama mencapai 86,7%, hanya 17,6% ibu hamil menyelesaikan enam kunjungan sesuai standar. Cakupan kunjungan neonatal lengkap dan pelayanan nifas masing-masing hanya mencapai 40,5% dan 26,8%. Prevalensi anemia pada ibu hamil masih sebesar 27,7%, sedangkan prevalensi stunting balita mencapai 21,5%. Analisis terintegrasi mengidentifikasi terputusnya kesinambungan pelayanan serta menunjukkan bahwa variasi kapasitas implementasi daerah, orientasi akuntabilitas pada keluaran, fragmentasi pembiayaan, keterbatasan sistem rujukan, dan koordinasi lintas sektor merupakan

faktor sistem yang berpotensi berkontribusi terhadap kesenjangan implementasi. Perbaikan luaran KIA memerlukan penguatan *continuum of care*, peningkatan kualitas pelayanan dan sistem rujukan, penerapan akuntabilitas berbasis luaran, penguatan tata kelola lintas sektor, serta pengembangan sistem kesehatan yang adaptif.

PENDAHULUAN

Kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan indikator penting keberhasilan pembangunan kesehatan sekaligus fondasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang berkelanjutan. Dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs), kesehatan ibu dan anak menjadi prioritas global melalui Target 3.1, yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup, serta Target 3.2, yaitu menurunkan Angka Kematian Neonatal (AKN) menjadi paling tinggi 12 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Meskipun cakupan pelayanan antenatal, persalinan di fasilitas kesehatan, dan pelayanan neonatal telah meningkat di berbagai negara, kemajuan dalam menurunkan kematian maternal dan neonatal mengalami perlambatan dan diperkirakan belum memadai untuk mencapai target SDGs tanpa percepatan transformasi sistem kesehatan [3,4]. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa perluasan akses perlu disertai dengan peningkatan kualitas, kesinambungan pelayanan, tata kelola, dan efektivitas implementasi kebijakan.

Indonesia menghadapi tantangan serupa dalam konteks geografis, sosial ekonomi, dan kapasitas sistem kesehatan yang beragam. Selama dua dekade terakhir, pemerintah telah mengembangkan berbagai kebijakan dan program untuk memperkuat pelayanan KIA, termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pelayanan antenatal sesuai standar, Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), penguatan pelayanan kesehatan primer, pelayanan obstetri dan neonatal emergensi, serta intervensi percepatan penurunan stunting [5,6]. Meskipun berbagai kebijakan tersebut telah memperluas ketersediaan dan pemanfaatan pelayanan, sejumlah indikator kesehatan ibu dan anak masih menunjukkan capaian yang belum optimal.

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa jumlah kematian ibu yang dilaporkan meningkat dari 4.005 kasus pada tahun 2022 menjadi 4.129 kasus pada tahun 2023. Pada periode yang sama, jumlah kematian neonatal yang dilaporkan meningkat dari 20.882 menjadi 29.945 kasus [6]. Perubahan jumlah kasus yang dilaporkan perlu ditafsirkan secara hati-hati karena dapat dipengaruhi oleh kelengkapan pelaporan dan cakupan sistem surveilans. Namun, pola tersebut tetap menegaskan perlunya evaluasi lebih lanjut terhadap kualitas dan kesinambungan pelayanan, efektivitas sistem rujukan, kapasitas sumber daya kesehatan, serta implementasi kebijakan pada berbagai tingkat pemerintahan.

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menyediakan bukti nasional yang komprehensif mengenai pelayanan kesehatan, status gizi, dan berbagai indikator kesehatan masyarakat melalui integrasi komponen Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Status Gizi Indonesia (SSGI), dan survei biomedis [7]. Data SKI 2023 menunjukkan perbedaan cakupan yang besar antar tahapan pelayanan dalam *continuum of care*. Cakupan kunjungan antenatal pertama (ANC K1) mencapai 86,7%, sedangkan cakupan enam kali kunjungan antenatal (ANC K6) hanya sebesar 17,6%. Pada periode pasca persalinan, cakupan kunjungan neonatal lengkap dan pelayanan nifas lengkap masing-masing sebesar 40,5% dan 26,8% [7]. Pola tersebut mengindikasikan adanya tantangan dalam mempertahankan kesinambungan pelayanan dari masa kehamilan hingga periode neonatal dan pascapersalinan.

Tantangan KIA juga berkaitan dengan masih tingginya beban masalah gizi ibu dan anak. SKI 2023 melaporkan bahwa prevalensi anemia pada ibu hamil mencapai 27,7%, sedangkan 16,9% ibu hamil berisiko mengalami kekurangan energi kronis. Pada balita, prevalensi stunting dan wasting masing-masing masih sebesar 21,5% dan 8,5% [7]. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa luaran kesehatan ibu dan anak tidak hanya berkaitan dengan ketersediaan pelayanan kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh determinan sosial, termasuk pendidikan, kondisi sosial ekonomi, ketahanan pangan, sanitasi, pemberdayaan perempuan, dan lingkungan tempat tinggal [8,9]. Oleh karena itu, intervensi klinis perlu diintegrasikan dengan penguatan sistem kesehatan dan kebijakan lintas sektor yang mampu mengatasi determinan kesehatan secara lebih luas.

Penelitian terdahulu telah mengidentifikasi berbagai faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan dan luaran kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Andriani et al. pada tahun 2022 menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan cenderung menurun pada tahapan lanjutan *continuum of care* dan dipengaruhi oleh karakteristik maternal, kondisi sosial ekonomi, serta akses terhadap pelayanan kesehatan [10]. Titaley et al. tahun 2024 mengidentifikasi keterkaitan faktor maternal, karakteristik bayi, pemanfaatan pelayanan antenatal, dan akses terhadap pelayanan kesehatan dengan risiko kematian neonatal dini [11]. Sementara itu, Sambodo et al. pada tahun 2021 menunjukkan bahwa variasi pengeluaran kesehatan antardaerah berkaitan dengan ketimpangan distribusi manfaat pelayanan kesehatan [12]. Bukti multilevel terbaru juga menunjukkan bahwa kelengkapan pelayanan sepanjang *continuum of care* dipengaruhi oleh interaksi faktor individu, rumah tangga, komunitas, dan konteks wilayah [13]. Secara global, manfaat peningkatan cakupan intervensi terhadap luaran kesehatan juga dipengaruhi oleh kualitas, ketepatan waktu, kesinambungan, dan pemerataan pelayanan [14].

Meskipun telah memberikan bukti penting, sebagian besar penelitian terdahulu berfokus pada determinan individual, pemanfaatan pelayanan, evaluasi program tertentu, atau hubungan antarindikator secara terpisah. Pendekatan tersebut belum sepenuhnya menjelaskan bagaimana kesenjangan antara target kebijakan dan capaian pelayanan terbentuk melalui interaksi antara dinamika sistem pelayanan, kapasitas kelembagaan, mekanisme pembiayaan, distribusi sumber daya, kepentingan aktor, dan konteks implementasi. Akibatnya, rekomendasi kebijakan berpotensi berfokus pada komponen tertentu tanpa mempertimbangkan keterkaitan dan mekanisme umpan balik dalam sistem kesehatan secara menyeluruh.

Pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) dapat dipahami sebagai bagian dari *complex adaptive system* yang melibatkan berbagai aktor, institusi, sumber daya, dan mekanisme yang saling berinteraksi secara dinamis. Dalam sistem tersebut, perubahan pada satu komponen dapat menghasilkan dampak yang tidak linear dan dipengaruhi oleh respons aktor serta konteks implementasi [15,16]. Oleh karena itu, analisis kebijakan KIA memerlukan pendekatan multidimensional. *Evidence-Based Policy* dapat digunakan untuk menilai kesesuaian antara bukti empiris dan target kebijakan; *Systems Thinking* membantu mengidentifikasi keterkaitan antarkomponen, mekanisme umpan balik, dan titik unkit sistem; *Political Economy of Health* menjelaskan pengaruh distribusi kewenangan, kepentingan aktor, sumber daya, dan insentif kelembagaan terhadap implementasi kebijakan [17,18] sedangkan perspektif *Wicked Problem* membantu memahami karakteristik permasalahan KIA yang multidimensional, dinamis, dan tidak dapat diselesaikan melalui satu intervensi tunggal [19,20].

Untuk mengatasi keterbatasan tersebut, penelitian ini mengintegrasikan kerangka *Evidence-Based Policy*, *Systems Thinking*, *Political Economy of Health*, dan *Wicked Problem* guna menganalisis kesenjangan implementasi kebijakan KIA berdasarkan indikator SKI 2023 dalam

satu kerangka analisis yang terpadu. Pendekatan ini menghubungkan kesenjangan antara target kebijakan dan capaian empiris dengan dinamika sistem pelayanan, kapasitas kelembagaan, distribusi peran dan pengaruh antaraktor, serta kompleksitas implementasi kebijakan. Dengan mengintegrasikan perspektif yang selama ini lebih sering digunakan secara terpisah, penelitian ini menawarkan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai mekanisme sistem dan kelembagaan yang berpotensi mempertahankan kesenjangan implementasi serta mengidentifikasi titik ungkit yang relevan bagi penguatan sistem KIA.

Berdasarkan pendekatan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kesenjangan implementasi kebijakan kesehatan ibu dan anak di Indonesia berdasarkan indikator SKI 2023 melalui integrasi kerangka *Evidence-Based Policy, Systems Thinking, Political Economy of Health*, dan *Wicked Problem*, serta mengidentifikasi implikasi kebijakan untuk memperkuat kesinambungan pelayanan dan tata kelola sistem kesehatan.

METODE

Desain Studi

Penelitian ini merupakan studi analisis kebijakan (*policy analysis study*) dengan desain deskriptif-interpretatif yang mengintegrasikan analisis deskriptif terhadap indikator agregat tingkat nasional, telaah dokumen kebijakan, dan *structured narrative literature review*. Pendekatan ini digunakan untuk menganalisis kesenjangan implementasi kebijakan kesehatan ibu dan anak (KIA) di Indonesia melalui integrasi bukti empiris, dokumen kebijakan, dan literatur ilmiah menggunakan empat kerangka analisis yang saling melengkapi, yaitu *Evidence-Based Policy, Systems Thinking, Political Economy of Health*, dan *Wicked Problem*.

Sumber Data

Sumber data empiris utama penelitian adalah estimasi indikator agregat tingkat nasional yang dipublikasikan dalam laporan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. SKI 2023 merupakan survei nasional yang mengintegrasikan komponen Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Status Gizi Indonesia (SSGI), dan survei biomedis serta mencakup 315.646 rumah tangga di seluruh provinsi di Indonesia. Penelitian ini menggunakan estimasi cakupan dan prevalensi yang telah dihitung dan dipublikasikan dalam laporan resmi SKI 2023 serta tidak melakukan analisis langsung terhadap data mikro pada tingkat individu atau rumah tangga. Dengan demikian, unit analisis penelitian berada pada tingkat indikator, kebijakan, dan sistem kesehatan, sedangkan 315.646 rumah tangga merupakan cakupan sampel survei sumber dan bukan jumlah unit observasi yang dianalisis secara langsung.

Indikator dipilih berdasarkan relevansinya terhadap tahapan *continuum of care*, keterkaitannya dengan target kebijakan nasional atau global, serta ketersediaan data agregat yang dapat dibandingkan secara konsisten. Indikator pelayanan maternal meliputi cakupan kunjungan antenatal pertama (ANC K1), kunjungan antenatal keempat (ANC K4), kunjungan antenatal keenam (ANC K6), persalinan oleh tenaga kesehatan, dan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan. Indikator pelayanan pascapersalinan dan kesehatan bayi meliputi kunjungan neonatal lengkap, pelayanan nifas lengkap, dan pemberian ASI eksklusif. Indikator status gizi meliputi prevalensi anemia dan risiko kekurangan energi kronis pada ibu hamil serta prevalensi *stunting* dan *wasting* pada balita. Data kematian maternal dan neonatal digunakan sebagai informasi kontekstual untuk menggambarkan perkembangan luaran kesehatan ibu dan anak.

Sumber data sekunder lainnya meliputi Profil Kesehatan Indonesia 2023, *Indonesia Health Accounts* 2024, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021, dokumen perencanaan pembangunan nasional, dokumen kebijakan terkait KIA, serta laporan resmi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan BKPK. Dokumen tersebut digunakan untuk mengidentifikasi target kebijakan, standar pelayanan, strategi implementasi, mekanisme tata kelola, dan capaian program serta sebagai dasar pembandingan dalam analisis kesenjangan kebijakan. Target pembandingan diperoleh dari regulasi nasional, dokumen perencanaan pembangunan, kebijakan program Kementerian Kesehatan, dan rekomendasi global sesuai dengan masing-masing indikator. Apabila tersedia lebih dari satu target, prioritas diberikan pada target nasional yang berlaku selama periode analisis, sedangkan target global digunakan apabila tidak tersedia target nasional yang setara.

Structured Narrative Literature Review

Kajian literatur dilakukan menggunakan pendekatan *structured narrative literature review* untuk mendukung interpretasi indikator SKI 2023 dan analisis implementasi kebijakan KIA. Penelusuran dilakukan melalui Scopus, PubMed, dan Google Scholar terhadap artikel yang diterbitkan selama periode 2019–2026. Strategi pencarian menggunakan kombinasi kata kunci “*maternal and child health*,” “*maternal health policy*,” “*continuum of care*,” “*Indonesia Health Survey*,” “*Evidence-Based Policy*,” “*Systems Thinking*,” “*Political Economy of Health*,” “*Wicked Problem*,” dan “*health system*” dengan operator Boolean AND dan OR.

Artikel dipilih berdasarkan kriteria berikut: (1) telah melalui proses *peer review*; (2) membahas kebijakan KIA, implementasi kebijakan, sistem kesehatan, *continuum of care*, atau determinan pelayanan KIA; (3) tersedia dalam Bahasa Inggris atau Bahasa Indonesia; dan (4) relevan dengan tujuan penelitian. Editorial, artikel opini, artikel duplikat, dan publikasi yang tidak relevan dikeluarkan dari proses sintesis.

Seleksi dilakukan secara bertahap melalui penyaringan judul, abstrak, dan teks lengkap. Artikel duplikat dan artikel yang tidak memenuhi kriteria inklusi dikeluarkan pada setiap tahap. Berdasarkan proses tersebut, tujuh artikel ilmiah yang memenuhi seluruh kriteria dimasukkan dalam sintesis akhir. Informasi dari artikel terpilih diekstraksi berdasarkan tujuan, desain penelitian, temuan utama, faktor implementasi, dan implikasi kebijakan menggunakan matriks ekstraksi terstruktur.

Data hasil ekstraksi disintesis secara tematik menggunakan pendekatan hibrida deduktif–induktif. Pengelompokan awal mengacu pada domain yang relevan dengan kerangka analisis, sedangkan tema tambahan dipertimbangkan apabila muncul secara konsisten dari artikel terpilih. Pendekatan ini tidak dimaksudkan sebagai *systematic review* atau *meta-analysis*, tetapi sebagai sintesis naratif terstruktur untuk memberikan konteks terhadap indikator SKI 2023 dan mendukung analisis kebijakan.

Kerangka Analisis Kebijakan

Analisis dilakukan menggunakan empat pendekatan kebijakan yang saling melengkapi.

1. **Evidence-Based Policy (EBP)** digunakan untuk mengevaluasi kesesuaian antara target dan standar kebijakan nasional dengan capaian empiris yang dilaporkan dalam SKI 2023. Analisis ini digunakan untuk mengidentifikasi besarnya kesenjangan implementasi (*implementation gap*) dan menentukan area pelayanan yang memerlukan perhatian kebijakan.
2. **Systems Thinking** digunakan untuk mengidentifikasi keterkaitan antarkomponen sistem pelayanan KIA, hubungan sebab-akibat, mekanisme umpan balik (*feedback loops*), dan titik ungkit potensial (*leverage points*). Hubungan tersebut divisualisasikan melalui *Causal Loop Diagram* (CLD).

3. **Political Economy of Health** digunakan untuk menganalisis bagaimana peran aktor, distribusi kewenangan dan kekuasaan, kepentingan, kapasitas kelembagaan, mekanisme pembiayaan, sistem insentif, serta hubungan antarpemangku kepentingan memengaruhi implementasi kebijakan KIA. Analisis dilakukan melalui pemetaan aktor berdasarkan peran, tingkat pengaruh, kepentingan, dan potensi kontribusinya terhadap implementasi kebijakan.
4. **Wicked Problem** digunakan untuk mengevaluasi karakteristik kompleks permasalahan KIA, termasuk sifatnya yang multidimensional, saling bergantung, dinamis, melibatkan berbagai aktor, dan tidak dapat diselesaikan melalui satu intervensi tunggal. Kerangka ini digunakan untuk mengintegrasikan temuan dari EBP, *Systems Thinking*, dan *Political Economy of Health* serta mengevaluasi kebutuhan terhadap tata kelola yang adaptif dan kolaboratif.

Integrasi keempat kerangka tersebut memungkinkan analisis yang tidak hanya menggambarkan capaian empiris, tetapi juga mengidentifikasi kesenjangan implementasi, keterkaitan antarkomponen sistem, mekanisme yang berpotensi mempertahankan kesenjangan, dinamika kelembagaan dan aktor, serta implikasi kebijakan secara komprehensif.

Prosedur Analisis Data

Analisis dilakukan menggunakan pendekatan deskriptif-komparatif, analisis kesenjangan kebijakan (*policy gap analysis*), sintesis tematik, dan analisis kebijakan terintegrasi. Penelitian menggunakan indikator agregat SKI 2023 tanpa melakukan analisis ulang data mikro atau analisis statistik inferensial. Oleh karena itu, hasil diinterpretasikan pada tingkat sistem dan kebijakan, bukan untuk menguji hubungan statistik atau kausalitas pada tingkat individu.

Analisis dilakukan melalui enam tahap. Pertama, indikator KIA diekstraksi dari laporan SKI 2023 berdasarkan relevansinya terhadap *continuum of care*, prioritas kebijakan, dan ketersediaan data nasional. Kedua, estimasi cakupan dan prevalensi disintesis secara deskriptif berdasarkan tahapan pelayanan. Perbedaan cakupan antartahapan yang berurutan dihitung dalam poin persentase untuk mengidentifikasi kesenjangan kesinambungan pelayanan.

Ketiga, capaian indikator dibandingkan dengan target kebijakan atau standar yang relevan. Untuk indikator yang diharapkan meningkat, kesenjangan dihitung sebagai: **Kesenjangan cakupan = target kebijakan – capaian SKI 2023**. Untuk indikator yang diharapkan menurun, kesenjangan dihitung sebagai: **Kesenjangan prevalensi = prevalensi SKI 2023 – target kebijakan**. Seluruh kesenjangan disajikan dalam poin persentase dan diinterpretasikan secara deskriptif.

Keempat, hasil analisis dipetakan menggunakan kerangka *Evidence-Based Policy*, *Systems Thinking*, *Political Economy of Health*, dan *Wicked Problem*. Kelima, temuan literatur dan dokumen kebijakan disintesis secara tematik menggunakan pendekatan hibrida deduktif-induktif untuk memberikan konteks terhadap indikator SKI 2023. Keenam, seluruh temuan diintegrasikan untuk mengidentifikasi kesenjangan implementasi, mekanisme sistem, hambatan kelembagaan, dan titik unkit potensial sebagai dasar perumusan rekomendasi kebijakan.

Sebagai bagian dari analisis *Systems Thinking*, *Causal Loop Diagram* (CLD) dikembangkan berdasarkan indikator SKI 2023, dokumen kebijakan, laporan pemerintah, dan hasil sintesis literatur. Hubungan antarkomponen diberi polaritas positif (+) atau negatif (–) dan dikelompokkan ke dalam *reinforcing loops* dan *balancing loops*. CLD digunakan sebagai alat sintesis konseptual untuk menggambarkan dinamika sistem dan bukan sebagai model kausal yang telah divalidasi secara empiris.

Keabsahan Analisis

Kredibilitas analisis diperkuat melalui triangulasi sumber dan triangulasi kerangka analisis. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan indikator SKI 2023 dengan dokumen kebijakan, laporan resmi pemerintah, dan temuan artikel ilmiah. Triangulasi kerangka dilakukan dengan menelaah temuan melalui perspektif *Evidence-Based Policy*, *Systems Thinking*, *Political Economy of Health*, dan *Wicked Problem*. Konsistensi interpretasi diperiksa dengan menelusuri keterkaitan antara sumber bukti, tema sintesis, hasil analisis, dan implikasi kebijakan.

HASIL

Gambaran Nasional Indikator Kesehatan Ibu dan Anak Berdasarkan SKI 2023

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 memberikan gambaran komprehensif mengenai capaian indikator kesehatan ibu dan anak di Indonesia pada seluruh tahapan *continuum of care*. Analisis difokuskan pada indikator yang merepresentasikan pelayanan maternal, pelayanan neonatal, status gizi ibu, status gizi balita, serta luaran pelayanan kesehatan. Indikator-indikator tersebut digunakan sebagai dasar untuk mengidentifikasi kesenjangan implementasi kebijakan yang selanjutnya dianalisis menggunakan pendekatan *Evidence-Based Policy*, *Systems Thinking*, *Political Economy of Health*, dan *Wicked Problem*. Ringkasan indikator utama disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Indikator Kesehatan Ibu dan Anak Berdasarkan SKI 2023 dan Target Kebijakan

Indikator	Capaian SKI 2023	Target/Standar Pembandingan	Kesenjangan
ANC K1	86,7%	100%	13,3 poin
ANC K4	68,1%	100%	31,9 poin
ANC K6	17,6%	100%	82,4 poin
Persalinan oleh tenaga kesehatan	96,1%	100%	3,9 poin
Persalinan di fasilitas kesehatan	89,9%	100%	10,1 poin
Anemia pada ibu hamil	27,7%	<15%	12,7 poin
Risiko KEK pada ibu hamil	16,9%	<10%	6,9 poin
Stunting pada balita	21,5%	14%	7,5 poin
Wasting pada balita	8,5%	<5%	3,5 poin
ASI eksklusif usia 0–5 bulan	68,6%	80%	11,4 poin
Kunjungan neonatal lengkap	40,5%	95%	54,5 poin
Pelayanan nifas lengkap	26,8%	90%	63,2 poin

Catatan: Kesenjangan indikator cakupan dihitung sebagai target dikurangi capaian SKI 2023, sedangkan kesenjangan indikator prevalensi dihitung sebagai prevalensi SKI 2023 dikurangi target. ANC = antenatal care; KEK = kekurangan energi kronis.

Cakupan pelayanan menunjukkan variasi antartahapan *continuum of care*. ANC K1 mencapai 86,7%, menurun menjadi 68,1% pada ANC K4 dan 17,6% pada ANC K6. Perbedaan antara cakupan ANC K1 dan ANC K6 sebesar 69,1 poin persentase. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan persalinan di fasilitas kesehatan masing-masing mencapai 96,1% dan 89,9%. Pada periode pascapersalinan, cakupan kunjungan neonatal lengkap sebesar 40,5%, sedangkan pelayanan nifas lengkap sebesar 26,8%. Pada indikator gizi, prevalensi anemia pada ibu hamil sebesar 27,7% dan risiko KEK sebesar 16,9%. Prevalensi *stunting* dan *wasting* pada balita masing-masing mencapai 21,5% dan 8,5%, sedangkan cakupan ASI eksklusif pada bayi usia 0–5 bulan sebesar 68,6%.

Berdasarkan perbandingan dengan target atau standar pembandingan, kesenjangan terbesar ditemukan pada ANC K6 sebesar 82,4 poin persentase, diikuti pelayanan nifas lengkap sebesar 63,2 poin dan kunjungan neonatal lengkap sebesar 54,5 poin. Kesenjangan yang lebih kecil

ditemukan pada persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 3,9 poin dan persalinan di fasilitas kesehatan sebesar 10,1 poin.

Hasil Structured Narrative Literature Review

Berdasarkan proses seleksi, tujuh artikel memenuhi kriteria inklusi dan dimasukkan dalam sintesis akhir. Artikel terpilih mencakup penelitian berbasis data sekunder, studi kuantitatif, analisis multilevel, studi intervensi, analisis pembiayaan kesehatan, dan analisis kesehatan global. Karakteristik, fokus, temuan utama, tema sintesis, dan keterkaitannya dengan kerangka analisis kebijakan disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Karakteristik dan Sintesis Artikel yang Dimasukkan dalam Structured Narrative Literature Review

Penulis, Tahun	Konteks/ Desain	Fokus Penelitian	Temuan Utama	Kerangka Analisis
Andriani et al., 2022	Indonesia; analisis data sekunder	Pemanfaatan pelayanan KIA sepanjang <i>continuum of care</i>	Pemanfaatan pelayanan menurun pada tahapan lanjutan <i>continuum of care</i> dan dipengaruhi oleh karakteristik ibu, kondisi sosial ekonomi, serta akses terhadap pelayanan kesehatan.	EBP; <i>Systems Thinking</i>
Rammohan et al., 2024	Indonesia; studi kuantitatif	Determinan pemanfaatan pelayanan maternal dan anak	Kelengkapan pemanfaatan pelayanan maternal dan anak bervariasi menurut kondisi sosial ekonomi, pendidikan, karakteristik rumah tangga, dan akses terhadap pelayanan kesehatan.	EBP; <i>Systems Thinking</i>
Titaley et al., 2024	Indonesia; analisis sekunder data survei nasional	Determinan kematian neonatal dini	Risiko kematian neonatal dini berkaitan dengan faktor maternal, karakteristik bayi, pemanfaatan pelayanan antenatal, serta akses terhadap pelayanan kesehatan yang efektif.	<i>Systems Thinking</i>
Victoria et al., 2021	Multinegara; tinjauan dan analisis kesehatan global	Perkembangan masalah gizi ibu dan anak serta cakupan intervensi	Peningkatan cakupan intervensi belum selalu menghasilkan perbaikan luaran yang optimal karena manfaat pelayanan dipengaruhi oleh kualitas, ketepatan waktu, kesinambungan, dan pemerataan intervensi.	EBP
Sambodo et al., 2021	Indonesia; analisis distribusi pembiayaan dan manfaat pelayanan kesehatan	Variasi geografis pengeluaran kesehatan dan ketimpangan manfaat pelayanan	Variasi pengeluaran kesehatan antardaerah berkaitan dengan ketimpangan distribusi manfaat pelayanan sehingga kapasitas pembiayaan daerah dapat memengaruhi pemerataan akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.	<i>Political Economy of Health</i>
Widyaningsih et al., 2025	Indonesia; analisis multilevel	Determinan kelengkapan pelayanan maternal dan anak sepanjang <i>continuum of care</i>	Ketidaklengkapan <i>continuum of care</i> dipengaruhi oleh interaksi faktor individu, rumah tangga, komunitas, dan konteks wilayah, yang menunjukkan adanya variasi kapasitas pelayanan antardaerah.	EBP; <i>Systems Thinking</i>
Sholikhah et al., 2025	Indonesia; studi intervensi	Penerapan <i>continuity of care</i> pada ibu hamil berisiko tinggi	Pendekatan <i>continuity of care</i> mendukung keterlibatan dan kemandirian keluarga dalam pemantauan kehamilan berisiko serta	<i>Systems Thinking; Political Economy of Health</i>

memperkuat upaya deteksi dan pencegahan komplikasi.

Catatan: EBP = *Evidence-Based Policy*; KIA = Kesehatan Ibu dan Anak.

Sintesis terhadap tujuh artikel menghasilkan lima tema utama, yaitu: (1) keberlanjutan dan retensi pelayanan sepanjang *continuum of care*; (2) pengaruh determinan sosial ekonomi, akses pelayanan, dan faktor multilevel terhadap pemanfaatan pelayanan; (3) keterkaitan antara cakupan, kualitas, dan luaran kesehatan; (4) variasi kapasitas pembiayaan dan pemerataan pelayanan antardaerah; serta (5) keterlibatan keluarga dalam kesinambungan pelayanan dan pencegahan risiko. Tema-tema tersebut digunakan untuk memberikan konteks terhadap indikator SKI 2023 dan mendukung penerapan empat kerangka analisis kebijakan.

Analisis Kesenjangan Kebijakan Berdasarkan Pendekatan Evidence-Based Policy

Tabel 3. Kesenjangan antara Target Kebijakan dan Capaian Empiris Indikator Kesehatan Ibu dan Anak

Area Kebijakan	Target Kebijakan	Capaian Empiris	Besarnya Kesenjangan
ANC K6	100%	17,6%	82,4 poin persentase
Imunisasi dasar lengkap	≥95%	35,8%	59,2 poin persentase
Pelayanan nifas lengkap	≥90%	26,8%	63,2 poin persentase
Kunjungan neonatal lengkap	≥95%	40,5%	54,5 poin persentase
Stunting pada balita	≤14%	21,5%	7,5 poin persentase

Analisis *Evidence-Based Policy* dilakukan dengan membandingkan target kebijakan dengan capaian indikator empiris. Hasil analisis menunjukkan variasi besarnya kesenjangan pada lima area kebijakan yang dianalisis, yaitu ANC K6, imunisasi dasar lengkap, pelayanan nifas lengkap, kunjungan neonatal lengkap, dan stunting pada balita.

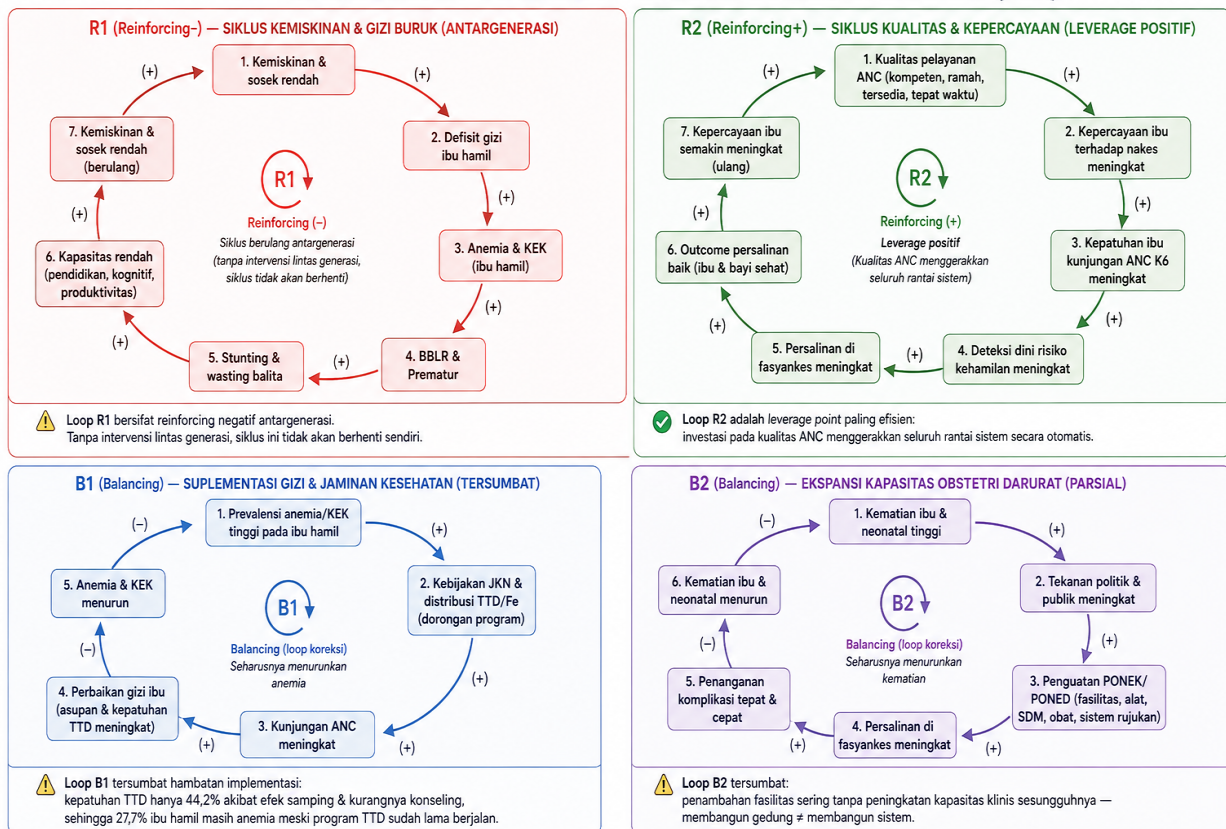
Kesenjangan terbesar ditemukan pada ANC K6, yaitu sebesar 82,4 poin persentase. Kesenjangan pada pelayanan nifas lengkap sebesar 63,2 poin persentase, diikuti imunisasi dasar lengkap sebesar 59,2 poin persentase dan kunjungan neonatal lengkap sebesar 54,5 poin persentase. Prevalensi stunting sebesar 21,5%, atau 7,5 poin persentase lebih tinggi dibandingkan target nasional sebesar 14%.

Analisis Systems Thinking: Dinamika Sistem Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Analisis *Systems Thinking* menghasilkan *Causal Loop Diagram* yang menggambarkan hubungan antarkomponen dalam sistem kesehatan ibu dan anak. Berdasarkan hasil pemetaan, teridentifikasi empat mekanisme umpan balik (*feedback loops*), yang terdiri atas dua *reinforcing loops* (R1 dan R2) serta dua *balancing loops* (B1 dan B2), sebagaimana disajikan pada Gambar 1.

Reinforcing Loop 1 (R1) memetakan keterkaitan antara kondisi sosial ekonomi, status gizi ibu, luaran kelahiran, pertumbuhan anak, dan produktivitas pada tahap kehidupan berikutnya. Dalam pemetaan tersebut, kondisi sosial ekonomi berkaitan dengan anemia dan kekurangan energi kronis pada ibu, yang selanjutnya terhubung dengan berat badan lahir rendah, prematuritas, serta status pertumbuhan anak. *Reinforcing Loop 2* (R2) memetakan hubungan antara kualitas pelayanan antenatal, kepercayaan terhadap fasilitas kesehatan, keberlanjutan kunjungan ANC, deteksi komplikasi kehamilan, persalinan di fasilitas kesehatan, dan luaran maternal serta neonatal.

Balancing Loop 1 (B1) mencakup hubungan antara pelayanan antenatal, distribusi tablet tambah darah, kepatuhan konsumsi suplemen, status gizi ibu, dan prevalensi anemia selama kehamilan. *Balancing Loop 2 (B2)* memetakan hubungan antara kematian maternal dan neonatal, kapasitas pelayanan obstetri dan neonatal emergensi, ketersediaan fasilitas PONEK dan PONEK, sistem rujukan, serta luaran kesehatan maternal dan neonatal. Berdasarkan pemetaan CLD, tiga komponen teridentifikasi sebagai titik ungkit potensial (*potential leverage points*), yaitu keberlanjutan pelayanan hingga ANC K6, kepatuhan konsumsi tablet tambah darah, serta kapasitas pelayanan obstetri dan neonatal beserta sistem rujukan.



Gambar 1. Causal Loop Diagram Sistem Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Pemetaan Aktor dalam Implementasi Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak

Analisis *Political Economy of Health* mengidentifikasi delapan kelompok aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan KIA, yaitu Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, rumah sakit dan puskesmas, bidan, kader Posyandu, tokoh agama dan tokoh masyarakat, serta suami dan keluarga. Aktor dipetakan berdasarkan peran, tingkat pengaruh (*power*), dan tingkat kepentingan (*interest*).

Tabel 4. Pemetaan Aktor dalam Implementasi Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Pemangku Kepentingan	Peran Utama	Tingkat Pengaruh	Tingkat Kepentingan
Kementerian Kesehatan	Penyusunan regulasi, standar pelayanan, dan target nasional	Tinggi	Tinggi
Pemerintah daerah	Implementasi program dan penganggaran daerah	Tinggi	Sedang–tinggi
BPJS Kesehatan	Pembiayaan pelayanan maternal dan neonatal	Tinggi	Tinggi

Rumah sakit dan puskesmas	Penyediaan pelayanan kesehatan ibu dan anak	Sedang	Tinggi
Bidan	Pelaksanaan pelayanan maternal dan neonatal di tingkat primer	Sedang	Tinggi
Kader Posyandu	Pendampingan dan penghubung pelayanan berbasis masyarakat	Rendah	Tinggi
Tokoh agama dan tokoh masyarakat	Dukungan sosial dan pengaruh terhadap norma masyarakat	Sedang	Sedang
Suami dan keluarga	Dukungan dan pengambilan keputusan pada tingkat rumah tangga	Sedang	Tinggi

Sumber: Hasil analisis penulis berdasarkan SKI 2023 dan telaah dokumen kebijakan

Hasil pemetaan menunjukkan bahwa Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah, dan BPJS Kesehatan berada pada kategori pengaruh tinggi. Rumah sakit, puskesmas, bidan, serta suami dan keluarga memiliki tingkat kepentingan tinggi dengan tingkat pengaruh sedang. Kader Posyandu memiliki tingkat kepentingan tinggi, tetapi tingkat pengaruh relatif rendah. Tokoh agama dan tokoh masyarakat berada pada kategori pengaruh dan kepentingan sedang.

Sintesis Karakteristik Permasalahan KIA Berdasarkan Perspektif *Wicked Problem*

Sintesis hasil analisis mengidentifikasi enam karakteristik *wicked problem* pada sistem kesehatan ibu dan anak, yaitu penyebab yang multidimensional, tidak adanya solusi tunggal, kompleksitas interaksi antaraktor, dinamika dampak kebijakan, keterbatasan pendekatan berbasis regulasi, dan kebutuhan terhadap pembelajaran sistem secara berkelanjutan.

Tabel 5. Sintesis Karakteristik Wicked Problem pada Sistem Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Karakteristik	Hasil Identifikasi
Penyebab bersifat multidimensional	Indikator KIA berkaitan dengan faktor pelayanan kesehatan, status gizi, sosial ekonomi, budaya, pembiayaan, dan tata kelola
Tidak memiliki solusi tunggal	Permasalahan melibatkan berbagai komponen pelayanan dan determinan kesehatan
Interaksi antaraktor bersifat kompleks	Implementasi melibatkan pemerintah pusat, pemerintah daerah, BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat
Dampak kebijakan bersifat dinamis	Perubahan pada satu komponen berkaitan dengan perubahan pada komponen lain dalam sistem
Tidak diselesaikan hanya melalui regulasi	Kesenjangan tetap ditemukan antara target kebijakan dan capaian empiris
Memerlukan pembelajaran berkelanjutan	Sistem melibatkan proses pemantauan, evaluasi, adaptasi, dan koordinasi antarpemangku kepentingan

Sumber: Hasil sintesis analisis penulis berdasarkan empat kerangka analisis kebijakan

Hasil integrasi menunjukkan adanya keterkaitan antara kesenjangan target dan capaian indikator, mekanisme umpan balik dalam sistem pelayanan, serta distribusi peran dan pengaruh antaraktor. Berdasarkan sintesis tersebut, empat domain kebijakan teridentifikasi, yaitu keberlanjutan pelayanan maternal dan neonatal, sistem akuntabilitas pelayanan, koordinasi lintas sektor, serta tata kelola adaptif.

PEMBAHASAN

Analisis ini menunjukkan bahwa tantangan utama kebijakan kesehatan ibu dan anak (KIA) di Indonesia tidak semata-mata berkaitan dengan keterbatasan akses awal terhadap pelayanan, tetapi juga dengan kesinambungan pelayanan, kualitas implementasi, kapasitas kelembagaan, dan koordinasi antaraktor. Perbedaan cakupan yang besar antartahapan pelayanan menunjukkan bahwa peningkatan kontak awal dengan sistem kesehatan belum sepenuhnya diikuti oleh retensi pelayanan sepanjang *continuum of care*. Integrasi kerangka *Evidence-Based Policy, Systems Thinking, Political Economy of Health*, dan *Wicked Problem* memberikan perspektif yang saling melengkapi dalam menjelaskan bagaimana kesenjangan antara target kebijakan dan capaian empiris dapat dipertahankan oleh interaksi antara faktor pelayanan, sosial, kelembagaan, dan tata kelola.

Perbedaan yang besar antara cakupan kontak antenatal awal dan penyelesaian pelayanan antenatal mengindikasikan bahwa akses awal belum menjamin keberlanjutan pemanfaatan pelayanan. Pola serupa pada pelayanan neonatal dan nifas menunjukkan bahwa kesinambungan pelayanan perlu dipahami sebagai kemampuan sistem untuk mempertahankan keterhubungan ibu dan bayi dengan pelayanan kesehatan pada setiap tahapan, bukan sekadar sebagai pencapaian cakupan pada satu titik pelayanan. Temuan ini sejalan dengan Andriani et al. tahun 2022, yang menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan cenderung menurun pada tahapan lanjutan *continuum of care* dan dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi serta akses terhadap pelayanan [10]. Bukti multilevel terbaru juga menunjukkan bahwa kelengkapan pelayanan dibentuk oleh interaksi faktor individu, rumah tangga, komunitas, dan konteks wilayah [13]. Dengan demikian, rendahnya retensi pelayanan tidak seharusnya hanya dipandang sebagai persoalan kepatuhan individu, tetapi juga sebagai indikator adanya hambatan pada tingkat pelayanan dan sistem kesehatan.

Dalam perspektif *Evidence-Based Policy*, kesenjangan antara target kebijakan dan capaian empiris menunjukkan bahwa keberadaan regulasi dan standar pelayanan belum selalu diikuti oleh kapasitas implementasi yang memadai. Kesenjangan yang besar pada pelayanan antenatal lengkap, pelayanan nifas, dan kunjungan neonatal menunjukkan perlunya perhatian terhadap proses implementasi, termasuk mekanisme pemantauan, kesinambungan tindak lanjut, distribusi sumber daya, dan akuntabilitas pelayanan. Kebijakan yang berorientasi terutama pada jumlah kontak atau cakupan agregat berpotensi kurang sensitif terhadap kehilangan tindak lanjut antartahapan pelayanan. Oleh karena itu, indikator kinerja perlu mempertimbangkan kelengkapan jalur pelayanan, kualitas kontak, dan luaran kesehatan, bukan hanya pencapaian setiap layanan secara terpisah.

Tingginya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan persalinan di fasilitas kesehatan menunjukkan kemajuan penting dalam perluasan akses. Namun, capaian tersebut perlu dipertimbangkan bersama indikator pelayanan neonatal, pelayanan nifas, dan luaran kesehatan. Bukti global menunjukkan bahwa peningkatan cakupan pelayanan tidak selalu menghasilkan perbaikan luaran yang sebanding apabila kualitas, ketepatan waktu, kesinambungan, dan pemerataan pelayanan belum memadai [14]. Dalam konteks Indonesia, Titaley et al. tahun 2024 juga menunjukkan bahwa risiko kematian neonatal dini berkaitan dengan faktor maternal, karakteristik bayi, dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Temuan tersebut menegaskan bahwa kontak dengan fasilitas kesehatan merupakan prasyarat penting, tetapi manfaatnya bergantung pada mutu pelayanan klinis, kemampuan deteksi risiko, kesiapan penanganan komplikasi, dan efektivitas sistem rujukan [11,21].

Perspektif *Systems Thinking* menunjukkan bahwa kesenjangan pelayanan KIA terbentuk melalui hubungan yang saling memengaruhi antara status sosial ekonomi, status gizi ibu, akses pelayanan, kualitas layanan, kepercayaan masyarakat, kapasitas fasilitas kesehatan, dan luaran kesehatan. Hubungan tersebut dapat membentuk mekanisme umpan balik yang memperkuat maupun menyeimbangkan kondisi sistem. Sebagai contoh, pelayanan yang responsif dan berkualitas dapat memperkuat kepercayaan serta keberlanjutan pemanfaatan pelayanan. Sebaliknya, pengalaman pelayanan yang kurang memadai dapat membatasi keterlibatan masyarakat dan mengurangi peluang tindak lanjut. Mekanisme tersebut menunjukkan bahwa peningkatan cakupan tidak cukup dicapai melalui intervensi tunggal, tetapi memerlukan penguatan hubungan antarbagian sistem.

Identifikasi titik ungkit pada retensi pelayanan, intervensi gizi maternal, serta kualitas pelayanan obstetri dan neonatal menunjukkan perlunya strategi yang menghubungkan seluruh tahapan *continuum of care*. Sistem pemantauan perlu mampu mengidentifikasi ibu dan bayi yang kehilangan tindak lanjut, menghubungkan informasi antarjenjang pelayanan, serta mendukung tindak lanjut berbasis risiko. Bukti dari Widyaningsih et al. tahun 2025 memperkuat bahwa ketidakiengkapan pelayanan dipengaruhi oleh determinan pada berbagai tingkat. Oleh karena itu, intervensi perlu mencakup penguatan kapasitas pelayanan daerah, keterhubungan antara pelayanan primer dan rujukan, serta pengurangan hambatan sosial dan geografis [13]. Digitalisasi dapat mendukung pelacakan pelayanan, tetapi efektivitasnya bergantung pada interoperabilitas data, kualitas pencatatan, kapasitas tenaga kesehatan, dan penggunaan informasi dalam pengambilan keputusan.

Beban anemia dan kekurangan energi kronis pada ibu hamil, serta *stunting* dan *wasting* pada balita, menunjukkan bahwa penguatan pelayanan KIA perlu diintegrasikan dengan pendekatan gizi sepanjang daur kehidupan. Masalah gizi ibu dan anak tidak hanya berkaitan dengan ketersediaan intervensi, tetapi juga dengan kualitas konseling, kepatuhan terhadap suplementasi, akses pangan bergizi, kondisi sosial ekonomi, sanitasi, dan dukungan keluarga. Oleh karena itu, intervensi yang berfokus pada satu periode kehidupan berpotensi menghasilkan dampak yang terbatas apabila tidak dihubungkan dengan pelayanan sejak masa remaja, prakonsepsi, kehamilan, kelahiran, dan awal kehidupan anak. Pendekatan tersebut juga menegaskan perlunya integrasi antara kebijakan KIA, gizi, perlindungan sosial, pendidikan, ketahanan pangan, dan pembangunan daerah.

Dari perspektif *Political Economy of Health*, variasi implementasi kebijakan tidak dapat dipisahkan dari distribusi kewenangan, kapasitas fiskal, mekanisme pembiayaan, sistem insentif, dan hubungan antaraktor. Desentralisasi memberikan ruang bagi pemerintah daerah untuk menyesuaikan program dengan kebutuhan lokal, tetapi perbedaan kapasitas fiskal, sumber daya manusia, dan tata kelola dapat menghasilkan variasi dalam kualitas implementasi. Sambodo et al. tahun 2021 menunjukkan bahwa variasi pengeluaran kesehatan antardaerah berkaitan dengan ketimpangan distribusi manfaat pelayanan. Hal tersebut menunjukkan bahwa standar nasional perlu disertai mekanisme dukungan implementasi yang mempertimbangkan kapasitas dan kebutuhan daerah agar tidak memperlebar ketimpangan pelayanan [12].

Sistem insentif dan pengukuran kinerja juga dapat memengaruhi perilaku organisasi dan tenaga kesehatan. Orientasi yang terlalu kuat pada pencapaian indikator cakupan berpotensi mendorong pemenuhan target administratif tanpa memastikan kualitas dan kesinambungan pelayanan. Pergeseran menuju akuntabilitas berbasis luaran perlu dilakukan secara bertahap dengan mempertimbangkan kualitas pelayanan, kelengkapan *continuum of care*, ketepatan tindak lanjut, dan pengalaman pengguna layanan. Namun, perubahan indikator perlu disertai dengan

penguatan kapasitas tenaga kesehatan, sistem informasi, pembiayaan, dan mekanisme evaluasi agar tidak menambah beban administratif tanpa meningkatkan mutu pelayanan.

Pada tingkat komunitas, pemanfaatan pelayanan KIA juga dipengaruhi oleh dukungan keluarga, norma sosial, kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan, dan proses pengambilan keputusan dalam rumah tangga. Sholikhah et al. tahun 2025 menunjukkan bahwa pendekatan *continuity of care* pada ibu hamil berisiko tinggi dapat mendukung keterlibatan keluarga dalam pemantauan risiko dan pencegahan komplikasi. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kesinambungan pelayanan tidak hanya bergantung pada frekuensi kontak dengan tenaga kesehatan, tetapi juga pada kemampuan pelayanan untuk membangun dukungan keluarga dan memfasilitasi pengambilan keputusan kesehatan. Pelibatan suami, keluarga, kader, dan tokoh masyarakat dapat memperkuat keberlanjutan pelayanan, tetapi perlu diintegrasikan dengan mekanisme pemantauan, rujukan, dan tindak lanjut yang jelas [22].

Integrasi temuan melalui perspektif *Wicked Problem* menunjukkan bahwa permasalahan KIA memiliki penyebab yang multidimensional, melibatkan berbagai aktor, dan dipengaruhi oleh interaksi dinamis antara faktor kesehatan, sosial, ekonomi, budaya, pembiayaan, dan tata kelola. Kompleksitas tersebut membatasi efektivitas solusi tunggal dan menunjukkan perlunya paket intervensi yang saling terhubung. Penguatan pelayanan antenatal, misalnya, perlu diikuti oleh peningkatan kualitas klinis, sistem rujukan, pelayanan neonatal dan nifas, intervensi gizi, dukungan keluarga, serta mekanisme pembiayaan dan akuntabilitas yang konsisten. Dengan demikian, reformasi KIA memerlukan tata kelola yang adaptif, kolaborasi lintas sektor, dan mekanisme pembelajaran berkelanjutan.

Secara ilmiah, penelitian ini menunjukkan nilai tambah integrasi bukti empiris nasional dengan perspektif sistem dan kelembagaan dalam analisis kebijakan KIA. Pendekatan tersebut memperluas analisis dari sekadar identifikasi kesenjangan indikator menuju pemahaman mengenai mekanisme sistem, dinamika aktor, dan konteks implementasi yang berpotensi mempertahankan kesenjangan tersebut. Namun, karena analisis menggunakan indikator agregat dan sintesis konseptual, hubungan yang diidentifikasi tidak dapat ditafsirkan sebagai hubungan kausal. Penelitian selanjutnya perlu menggunakan data subnasional dan longitudinal, analisis implementasi pada tingkat fasilitas dan daerah, serta pendekatan *system dynamics* atau metode campuran untuk menguji hubungan antarkomponen dan mengevaluasi dampak intervensi pada berbagai konteks.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa tantangan utama kebijakan kesehatan ibu dan anak di Indonesia terletak pada kesenjangan antara target kebijakan dan kapasitas sistem untuk menyediakan pelayanan yang berkualitas, berkesinambungan, dan merata. Integrasi kerangka *Evidence-Based Policy, Systems Thinking, Political Economy of Health*, dan *Wicked Problem* menunjukkan bahwa kesenjangan implementasi tidak berdiri sendiri, tetapi terbentuk melalui interaksi antara dinamika sistem pelayanan, kapasitas kelembagaan, mekanisme pembiayaan dan akuntabilitas, distribusi peran antaraktor, serta determinan sosial kesehatan. Pendekatan terintegrasi ini menegaskan bahwa perbaikan luaran kesehatan ibu dan anak memerlukan penguatan sistem secara menyeluruh, bukan hanya penambahan program atau regulasi baru.

Secara praktis, pembuat kebijakan perlu memprioritaskan penguatan *continuum of care*, peningkatan kualitas dan keterhubungan pelayanan maternal–neonatal, pengembangan sistem akuntabilitas berbasis kualitas dan luaran, serta penguatan koordinasi lintas sektor yang disesuaikan dengan kapasitas dan kebutuhan daerah. Implementasi kebijakan juga perlu

didukung oleh mekanisme pemantauan yang adaptif dan berbasis bukti agar kesenjangan pelayanan dapat diidentifikasi serta ditindaklanjuti secara berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. United Nations.
- [2] World Health Organization. (2023). *Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: Progress report 2023*. World Health Organization.
- [3] World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group, & United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2025). *Trends in maternal mortality 2000–2023: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA*. World Health Organization.
- [4] United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. (2024). *Levels and trends in child mortality 2024*. UNICEF.
- [5] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- [6] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- [7] Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. (2024). *Laporan tematik Survei Kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- [8] Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- [9] Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. Institute of Health Equity.
- [10] Andriani, H., Rachmadani, S. D., Natasha, V., & Saptari, A. (2022). Continuum of care in maternal, newborn and child health in Indonesia: Evidence from the Indonesia Demographic and Health Survey. *Journal of Public Health Research*, 11(4). <https://doi.org/10.1177/22799036221127619>
- [11] Titaley, C. R., Mu'asyaroh, A., Que, B. J., Tjandrarini, D. H., & Ariawan, I. (2024). Determinants of early neonatal mortality: Secondary analysis of the 2012 and 2017 Indonesia Demographic and Health Survey. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1288260.
- [12] Sambodo, N. P., Van Doorslaer, E., Pradhan, M., & Sparrow, R. (2021). Does geographic spending variation exacerbate healthcare benefit inequality? A benefit incidence analysis for Indonesia. *Health Policy and Planning*, 36(7), 1129–1139.
- [13] Widyaningsih, V., Mohanty, I., Mulyaningsih, T., Gebremedhin, T. A., Miranti, R., Zaen, N. A., Nugroho, S. D., Azmiardi, A., & Probandari, A. (2025). Exploring the multilevel determinants of suboptimal maternal and child continuum of care in Indonesia. *Maternal and Child Health Journal*, 29, 919–931. <https://doi.org/10.1007/s10995-025-04110-w>
- [14] Victora, C. G., Christian, P., Vdaletti, L. P., Gatica-Dominguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: Variable progress towards an unfinished agenda. *The Lancet*, 397(10282), 1388–1399.

- [15] Stermann, J. D. (2000). *Business dynamics: Systems thinking and modeling for a complex world*. Irwin/McGraw-Hill.
- [16] Meadows, D. H. (2008). *Thinking in systems: A primer*. Chelsea Green Publishing.
- [17] Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370.
- [18] Gilson, L. (Ed.). (2012). *Health policy and systems research: A methodology reader*. World Health Organization.
- [19] Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169.
- [20] Head, B. W., & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739.
- [21] Rammohan, A., Goli, S., & Chu, H. (2024). Continuum of care in maternal and child health in Indonesia. *Primary Health Care Research & Development*, 25, e37.
- [22] Sholikah, S. M., Nurwulansari, F., Aini, E. N., Wardoyo, S., & Pramudita, J. J. (2025). The role of continuity of care in high-risk pregnant women in Indonesia. *European Journal of Midwifery*, 9(January), Article 2. <https://doi.org/10.18332/ejm/195831>