

---

# Evaluasi Implementasi Jaminan Persalinan (Jampersal) di Indonesia

## *A Performance Analysis on Maternal Health Insurance in Indonesia*

*Mazda Novi Mukhlisa<sup>1</sup>, Indra Yoga<sup>1</sup>, Nana Tristiana<sup>1</sup>, Rosa Estetika<sup>1</sup>, Windi Haryani<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI*

*Korespondensi: Rosa Estetika  
E-mail: estetikamukhni@gmail.com*

### **Abstrak**

Jampersal merupakan salah satu bentuk dana transfer dari pusat ke daerah untuk membantu pelayanan kesehatan ibu dan anak. Jampersal bertujuan meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, bersalin, dan nifas, serta bayi baru lahir ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten. Tujuan studi untuk mengevaluasi pemanfaatan dana Jampersal dalam meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan. Sumber data berasal dari Riskesdas 2018 dan data rutin dari Kementerian Kesehatan RI. Metode yang digunakan yaitu kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif dianalisis melalui metode analisis penerima manfaat dan regresi linier, sedangkan data kualitatif menggunakan analisis isi. Pendekatan kuantitatif dilakukan pada dua level, yaitu level individu (80.459 ibu hamil) dan kabupaten/kota (407 kabupaten/kota). Pendekatan kualitatif mengumpulkan informasi untuk memperkaya hasil kuantitatif. Informan berasal dari delapan kabupaten/kota yang dipilih secara selektif, yaitu delapan kabupaten/kota di Indonesia. Hasil analisis ini menunjukkan bahwa Jampersal mengambil porsi sekitar 3,75% sebagai sumber pembiayaan persalinan. Realisasi anggaran Jampersal mengalami peningkatan walaupun selalu kurang dari 80%, dan Jampersal banyak dimanfaatkan untuk belanja jasa. Analisis penerima manfaat menunjukkan bahwa Jampersal banyak dimanfaatkan oleh ibu dengan kepala keluarga berpendidikan SD/MI. Analisis regresi menunjukkan bahwa setiap pertambahan rupiah realisasi Jampersal meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan, walaupun tidak signifikan secara statistik (coefficient 0,000726; robust SE 0,00370; p-value>0,1).

Kata kunci: Jampersal; persalinan di fasilitas kesehatan; analisis penerima manfaat

### **Abstract**

*Jampersal as a transfer fund from central to district government is provided to support maternal and child health services aiming to increase access to health services for pregnant women, childbirth and postpartum mothers, also newborns to competent health facilities. This analysis aimed to evaluate the use of Jampersal in increasing institutional delivery using quantitative and qualitative approaches. For the quantitative approach, this analysis used Riskesdas 2018 and routine data from the Ministry of Health. The data was analyzed using benefit incidence analysis (BIA) and linear regression. The quantitative approach was conducted at two levels, the individual level (80,459 pregnant women) and the district level (407 districts), whereas the qualitative approach was conducted in eight districts to enrich quantitative results. Information was managed using content analysis. Results indicated that Jampersal held 3.75% of the total funding of child delivery. Jampersal spending tends to increase every year and is utilized mostly for services. BIA showed that Jampersal is widely used by mothers whose heads of households are at the primary education level. Regression analysis showed that every rupiah spent in Jampersal increases institutional delivery, although it is not statistically significant (coefficient 0.000726; robust SE 0.00370; p-value> 0.1).*

*Keywords: Jampersal, institutional delivery, benefit incidence analysis*

### **Pendahuluan**

Persalinan di fasilitas kesehatan berperan dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) (Goudar et al., 2020; Koblinsky et al., 1999; Yarinbab et al., 2018) dan kematian neonatal (Tura et al., 2013).

Secara global AKI mengalami penurunan sebesar 43,9% dari 385 kematian ibu di tahun 1990 ke 216 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015. AKI tersebut terus menurun sebesar 2,3%

---

setiap tahunnya (Alkema et al., 2016). Pada tahun 2017 AKI di negara berpenghasilan rendah lebih tinggi dibandingkan dengan negara berpenghasilan tinggi, yaitu secara berturut-turut sebesar 462 per 100.000 kelahiran hidup versus 11 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2019). AKI mengalami penurunan dari 346 di tahun 2010 menjadi 305 per kelahiran hidup di tahun 2015 di Indonesia (Subdirektorat Statistik Demografi, 2015), walaupun angka tersebut masih tergolong tinggi dibandingkan dengan negara-negara tetangga (WHO et al., 2019).

Persalinan di fasilitas kesehatan merupakan salah satu indikator keberhasilan upaya kesehatan ibu dan anak (Kementerian Kesehatan RI, 2015a, 2020). Pada tahun 2024 diharapkan persalinan di fasilitas kesehatan mencapai angka 95% (Kementerian Kesehatan RI, 2020) naik 10% dari target tahun 2019 (Kementerian Kesehatan RI, 2015b). Data Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa target persalinan di fasilitas kesehatan tahun 2019 melampaui target 85%, yaitu sebesar 88,75% (Kementerian Kesehatan RI, 2019d).

Persalinan di fasilitas kesehatan menjadi strategi kunci untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi di banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah. Strategi ini bertepatan dengan beberapa penurunan angka kematian dalam dua puluh tahun terakhir. Penurunan kematian ibu dan bayi tidak hanya ditandai dengan peningkatan persalinan di fasilitas kesehatan, tetapi perlu didukung juga dengan kualitas pelayanan, khususnya deteksi yang cepat dan pengobatan yang efektif untuk komplikasi yang sering muncul tanpa peringatan (Gage et al., 2019).

Tingginya angka kematian ibu yang terjadi di beberapa wilayah merefleksikan inekualitas akses pelayanan kesehatan yang berkualitas. Hal tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara kelompok kaya dan miskin (WHO, 2019). Permasalahan yang sering terjadi dalam

mendorong upaya persalinan di fasilitas kesehatan adalah kendala biaya. Kemampuan ekonomi secara langsung mampu memengaruhi keputusan ibu untuk bersalin di fasilitas kesehatan (Gabrysch and Campbell, 2009; Higgins-Steele et al., 2018; Ochieng and Odhiambo, 2019; Treacy et al., 2018).

Di Indonesia, terutama di Papua dan Maluku, salah satu faktor penyebab masyarakat tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan sebagai tempat persalinan adalah masalah biaya, baik itu biaya transportasi, akomodasi keluarga, dan biaya untuk tenaga kesehatan yang mengantarkan pasien (Lestary et al., 2018). Selain itu, biaya untuk membayar jasa persalinan di fasilitas kesehatan juga menjadi masalah (Widodo et al., 2017). Sebuah studi lain memaparkan bahwa pada ibu dengan status ekonomi tinggi memiliki kemungkinan persalinan 1,8 kali lebih tinggi di rumah sakit dibandingkan dengan status ekonomi terendah. Begitu pula dengan kepemilikan asuransi kesehatan yang berhubungan dengan peningkatan peluang persalinan di rumah sakit (Suparmi et al., 2019a).

Pemerintah melakukan berbagai upaya agar pelayanan kesehatan mampu dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat. Salah satunya melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/KIS) yang memberikan paket manfaat luas mencakup upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Kementerian Kesehatan RI, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2020) sejak Januari 2014. Pelayanan kesehatan ibu dan anak juga dijamin oleh JKN/KIS.

Selain JKN/KIS, pada tahun 2016 pemerintah juga meluncurkan dana Jampersal dengan penerima manfaat ibu hamil tidak mampu dan tidak memiliki jaminan kesehatan, serta berada diluar Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) (Kementerian Kesehatan RI, 2017, 2019c). Melalui Jampersal, ibu hamil, bersalin, dan nifas, serta bayi baru lahir dari keluarga tidak mampu dan tidak memiliki jaminan kesehatan dapat

---

memiliki akses persalinan ke fasilitas kesehatan yang kompeten. Jampersal menjamin tidak hanya biaya pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, tetapi juga turut menjamin Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) dan biaya transportasi bagi pendamping dan tenaga kesehatan pendamping. Jampersal mendorong persalinan di fasilitas kesehatan sehingga tidak terjadi keterlambatan dalam merujuk, pencegahan dini terjadinya komplikasi, baik pada ibu dan bayi baru lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2019c). Dengan adanya jaminan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak pada kelompok tidak mampu, hambatan finansial yang sebelumnya menjadi kendala untuk mengakses pelayanan kesehatan mampu teratasi.

Jampersal disalurkan melalui mekanisme transfer dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah dan telah diimplementasikan sejak tahun 2016. Persentase realisasi dana Jampersal terhadap anggaran Jampersal setiap tahun terus meningkat sejak tahun 2017, yaitu dari 38% (Rp399 miliar) di tahun 2017 menjadi 51% (Rp611 miliar) di tahun 2018 dan 64% (Rp495 miliar) di tahun 2019. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, melaporkan bahwa sekitar 48,5% dinas kesehatan kabupaten/kota dan 65% Puskesmas menyatakan bahwa dana Jampersal dirasa cukup untuk pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (Rizkianti et al., 2021). Melalui Jampersal yang menjamin aksesibilitas ibu tidak mampu, diharapkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan meningkat sehingga mampu menurunkan kematian ibu.

Dengan diluncurkannya Jampersal yang diharapkan mampu mengatasi kendala biaya pelayanan dan transportasi pada ibu hamil tidak mampu dan tidak memiliki jaminan kesehatan, akses persalinan di fasilitas kesehatan diharapkan tidak menjadi masalah. Namun, informasi

mengenai dampak Jampersal terhadap peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu masih terbatas (Suparmi et al., 2019b), begitupun informasi mengenai ketepatan sasaran Jampersal. Oleh karena itu, analisis ini dilakukan untuk mengevaluasi pemanfaatan dana Jampersal dalam meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan pada aspek gambaran realisasi belanja Jampersal, penerima manfaat Jampersal, dan hubungan antara realisasi Jampersal dan persalinan di fasilitas kesehatan.

### Metode Penelitian

Analisis ini menggunakan dua pendekatan, yaitu kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif menggunakan desain studi potong lintang. Data berasal dari Riskesdas 2018 dan data rutin Kementerian Kesehatan RI (realisasi Jampersal dan data jumlah ibu hamil tahun 2017). Populasi adalah perempuan umur 10-54 tahun yang menjadi sampel Riskesdas 2018 dan semua kabupaten/kota di Indonesia. Sampel adalah perempuan umur 15-49 tahun yang melahirkan anak terakhir pada periode waktu tahun 2013-2018 sebanyak 80.459 ibu hamil dan 407 kabupaten/kota yang memiliki data lengkap.

Data dianalisis pada level individu dan kabupaten/kota. Pada level individu data disajikan dalam analisis penerima manfaat yang menggambarkan persalinan di fasilitas kesehatan berdasarkan pendidikan kepala keluarga sebagai proksi status ekonomi keluarga (Servan-Mori et al., 2016). Pada level kabupaten/kota analisis menggunakan model regresi linier untuk menilai hubungan antara realisasi Jampersal 2017 per jumlah ibu hamil dan persalinan di fasilitas kesehatan. Untuk mengatasi kemungkinan heteroskedastisitas pada model, analisis ini menggunakan *heteroskedasticity-robust standard errors* (Torres-Reyna, 2007). Heteroskedastisitas diuji melalui tes Breusch-Pagan (Reimers, 2019; Torres-Reyna, 2007).

$$y_i = \beta_0 + \beta_i x_i + u$$

di mana:

$y_i$  : persalinan di fasilitas kesehatan  
 $x_i$  : set variabel input dan kontrol

**Tabel 1. Daftar Variabel**

<b>Analisis Penerima Manfaat</b>	
Pendidikan kepala keluarga	: Pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh kepala keluarga.
Persalinan di fasilitas kesehatan	: Persalinan di fasilitas kesehatan berdasarkan tempat persalinan yang dipilih oleh responden saat melahirkan anak terakhir dalam kurun waktu 1 Januari 2013 sampai dengan saat wawancara.
Sumber pembiayaan	: Sumber biaya yang dikeluarkan oleh ibu saat persalinan. Disajikan berdasarkan Jampersal dan biaya sendiri.
<b>Model Regresi Linier</b>	
<b>Input</b>	
Realisasi Jampersal	: Jumlah dana yang dikeluarkan/dibelanjakan oleh pemerintah untuk Jampersal yang digunakan meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir ke fasilitas pelayanan kesehatan yang kompeten. Dihitung menggunakan realisasi tahun 2017 per jumlah sasaran ibu hamil di setiap kabupaten/kota pada tahun yang sama.
<b>Output</b>	
Persalinan di fasilitas kesehatan	: Proporsi persalinan di fasilitas kesehatan dalam satu kabupaten/kota berdasarkan tempat persalinan yang dipilih oleh responden saat melahirkan anak terakhir dalam kurun waktu 1 Januari 2013 sampai dengan saat wawancara.
<b>Kontrol</b>	
Umur ibu	: Rata-rata umur ibu dalam tahun.
Tinggal di perdesaan	: Proporsi tempat tinggal ibu hamil di perdesaan dalam satu kabupaten/kota.
Pendidikan kepala keluarga	: Proporsi pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh kepala keluarga dalam satu kabupaten/kota.
Pendidikan ibu	: Proporsi pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh ibu dalam satu kabupaten/kota.
Rerata waktu tempuh ke fasilitas kesehatan	: Rata-rata waktu yang dihabiskan rumah tangga menuju RS terdekat untuk sekali jalan dalam satu atau beda kabupaten/kota.
Rerata biaya perjalanan ke fasilitas kesehatan	: Rata-rata ongkos perjalanan pulang-pergi dari rumah responden ke RS terdekat dalam satu atau beda kabupaten/kota.
Kunjungan antenatal	: Proporsi pemeriksaan kehamilan anak terakhir oleh ibu hamil ke tenaga kesehatan sebanyak minimal 4 kali dengan pola 1-1-2.
Kepemilikan buku KIA	: Proporsi buku Kesehatan Ibu dan Anak yang dimiliki oleh ibu hamil.
Komplikasi ibu hamil	: Proporsi masalah/gangguan yang dialami oleh ibu selama kehamilan anak terakhir dalam satu kabupaten/ kota.
Komplikasi ibu bersalin	: Proporsi masalah/gangguan yang dialami oleh ibu selama proses persalinan anak terakhir dalam satu kabupaten/kota.
Rasio tenaga kesehatan	: Ketersediaan tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan bidan) untuk 10.000 ibu hamil.

Pendekatan kualitatif memberikan informasi untuk memperkaya pembahasan hasil kuantitatif. Delapan kabupaten/kota dipilih secara selektif

berdasarkan realisasi Jampersal tahun 2017, persalinan di fasilitas kesehatan, dan kesediaan memberikan informasi. Kabupaten/kota tersebut

kabupaten Lombok Barat, Pasaman Barat, Maluku Tengah, Bangkalan, Tabanan, Solok, kota Langsa, dan kota Surakarta. Data yang dikumpulkan berupa perencanaan, penganggaran, implementasi, monitoring, evaluasi, dan pelaporan Jampersal. Data diperoleh melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah secara daring pada bulan September 2020. Informan berasal dari pengelola Jampersal dan program kesehatan ibu dan anak di dinas kesehatan, Puskesmas, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda), dan Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD). Informasi bersumber kabupaten/kota ditriangulasi dengan pihak Kementerian

Kesehatan RI, Kementerian Keuangan RI, dan Kementerian Dalam Negeri RI.

### Hasil

Tabel 2 menyajikan data statistik deskriptif pada sampel. Secara umum sekitar 83% ibu hamil melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Jampersal sebagai salah satu sumber pembiayaan persalinan hanya dimanfaatkan oleh ibu sebanyak 3,7%. Sumber pembiayaan persalinan masih didominasi oleh biaya sendiri (53,1%). Gambaran variabel lain ditunjukkan pada tabel 2.

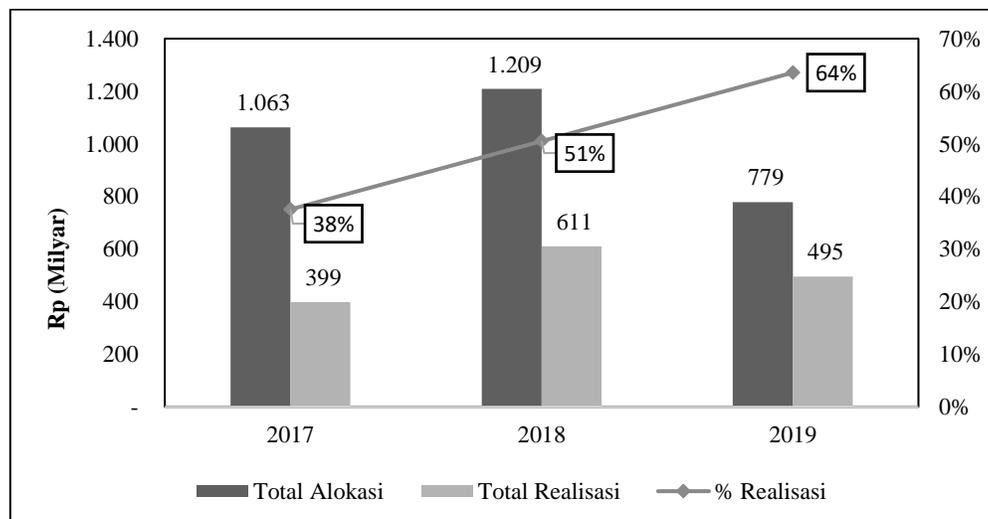
**Tabel 2. Statistik deskriptif**

Variabel	Mean	SE	IK 95%
Sumber pembiayaan persalinan			
Jampersal	0,037	0,001	0,036 – 0,039
JKN/KIS	0,340	0,003	0,335 – 0,345
Biaya sendiri	0,531	0,003	0,525 – 0,537
Jaminan kesehatan lain	0,092	0,002	0,088 – 0,095
Log realisasi Jampersal per ibu hamil (Rp)	11,215	1,619	5,056 – 15,914
Persalinan di fasilitas kesehatan	0,831	0,002	0,827 – 0,835
Umur ibu (tahun)	30,20	0,03	30,14 – 30,26
Tinggal di perdesaan	0,458	0,002	0,454 – 0,463
Pendidikan kepala keluarga			
SD/MI	0,415	0,003	0,410 – 0,421
SLTP/MTS	0,192	0,002	0,188 – 0,196
SLTA/MA	0,301	0,003	0,296 – 0,306
Diploma	0,028	0,001	0,027 – 0,030
Perguruan tinggi (PT)	0,063	0,001	0,060 – 0,0656
Pendidikan ibu			
SD/MI	0,282	0,003	0,276 – 0,287
SLTP/MTS	0,253	0,002	0,248 – 0,258
SLTA/MA	0,342	0,003	0,336 – 0,347
Diploma	0,046	0,001	0,044 – 0,048
Perguruan tinggi (PT)	0,078	0,001	0,075 – 0,080
Rerata waktu tempuh ke Faskes (menit)	24,16	0,14	23,88 – 24,45
Log biaya perjalanan ke Faskes (Rp)	9,30	0,01	9,29 – 9,31
Kunjungan antenatal	0,750	0,002	0,745 – 0,755
Kepemilikan buku KIA	0,699	0,012	0,676 – 0,723
Komplikasi ibu hamil	0,329	0,003	0,323 – 0,334
Komplikasi ibu bersalin	0,252	0,003	0,247 – 0,257
Rasio tenaga kesehatan per 10.000 ibu hamil	815,594	631,048	15,096 – 4217,687

### Realisasi Jampersal

Gambar 1 menyajikan tren realisasi Jampersal pada periode tahun 2017-2019. Secara nominal jumlah anggaran menurun, tetapi persentase realisasi pemanfaatan dana Jampersal mengalami peningkatan walaupun angka tersebut masih di bawah 70%. Berdasarkan hasil kualitatif diketahui bahwa rendahnya realisasi tersebut disebabkan beberapa hal. Pertama, kurangnya sinkronisasi dalam perencanaan dan penganggaran antara Pusat dan Daerah. Hal ini terlihat pada perbedaan beberapa peraturan keuangan daerah di beberapa wilayah (mekanisme keuangan daerah yang mengatur belanja APBD) dan perbedaan

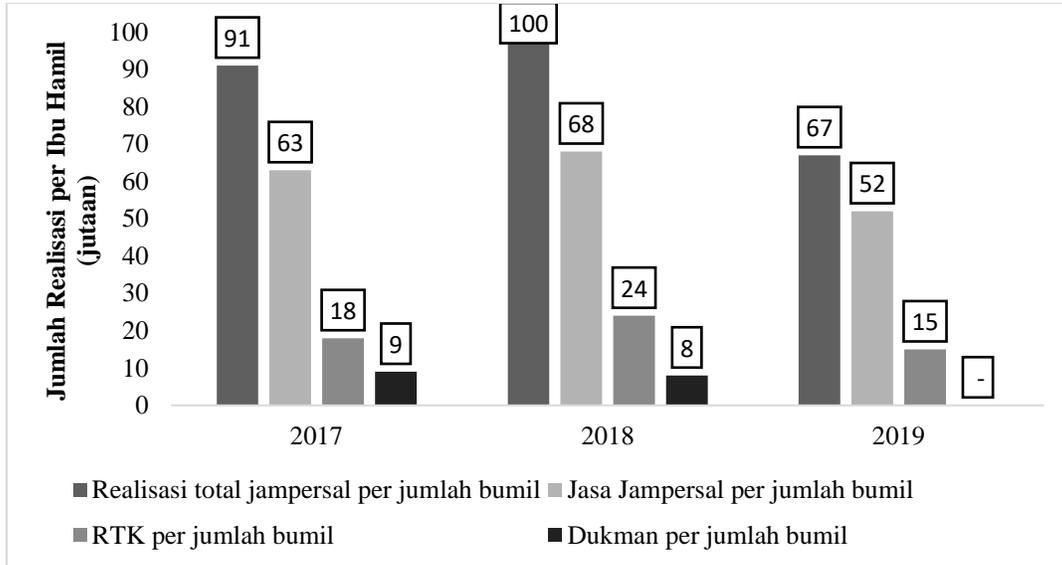
prioritisasi anggaran di daerah. Kedua, pemahaman terhadap Petunjuk Teknis (Juknis) pelaksanaan yang tidak sama antara Pusat dan Daerah. Ketiga, tidak tersedianya data sasaran yang valid sehingga masih terdapat ketidaktepatan sasaran penerima manfaat Jampersal. Keempat adalah ketidaksesuaian jumlah anggaran yang dialokasikan oleh Pusat dengan yang diusulkan oleh Daerah walaupun Kementerian Kesehatan RI telah mengembangkan formula perhitungan alokasi anggaran. Hal ini menyebabkan rendahnya realisasi atau kurangnya dana Jampersal pada tahun berjalan.



**Gambar 1. Tren Alokasi Anggaran dan Realisasi Jampersal, 2017-2019**

Gambar 2 menyajikan disagregasi realisasi Jampersal berdasarkan jenis pemanfaatan atau belanjanya. Realisasi tertinggi belanja Jampersal terletak pada belanja jasa. Belanja jasa termasuk untuk perawatan, pemeriksaan, dan pertolongan persalinan, transport rujukan, KB pasca salin, perawatan bayi baru lahir, dan Skrining Hipotiroid

Kongenital (SHK). Realisasi belanja Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) tergolong rendah karena RTK kurang dimanfaatkan oleh ibu hamil. Hasil kualitatif menunjukkan bahwa kurang efektifnya RTK disebabkan oleh faktor sosial budaya (pantangan dan memilih untuk memanfaatkan jasa dukun beranak) dan ketidaknyamanan.

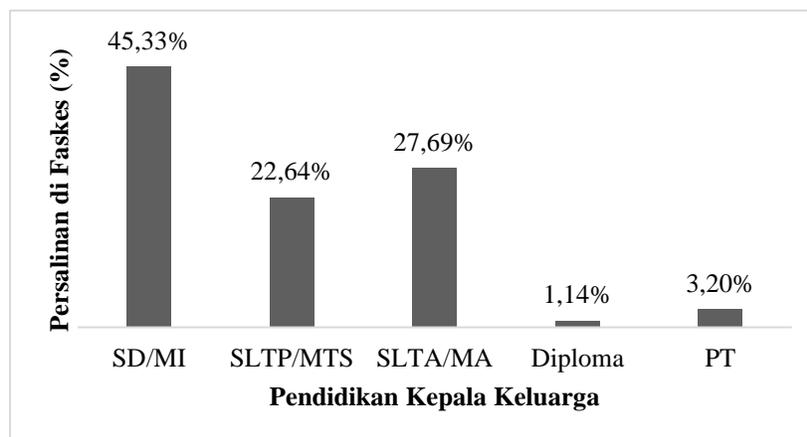


**Gambar 2. Disagregasi Realisasi Jampersal berdasarkan Jenis Pemanfaatan, 2017-2019**

### Analisis Penerima Manfaat

Analisis penerima manfaat dilakukan pada dua sumber pembiayaan persalinan, yaitu Jampersal dan biaya sendiri. Analisis menyajikan sebaran persalinan di fasilitas kesehatan berdasarkan pendidikan kepala keluarga sebagai proksi dari status ekonomi keluarga. Pada pembiayaan persalinan bersumber Jampersal, analisis penerima manfaat menunjukkan bahwa Jampersal banyak dimanfaatkan oleh ibu dengan kepala keluarga berpendidikan SD/MI (gambar 3).

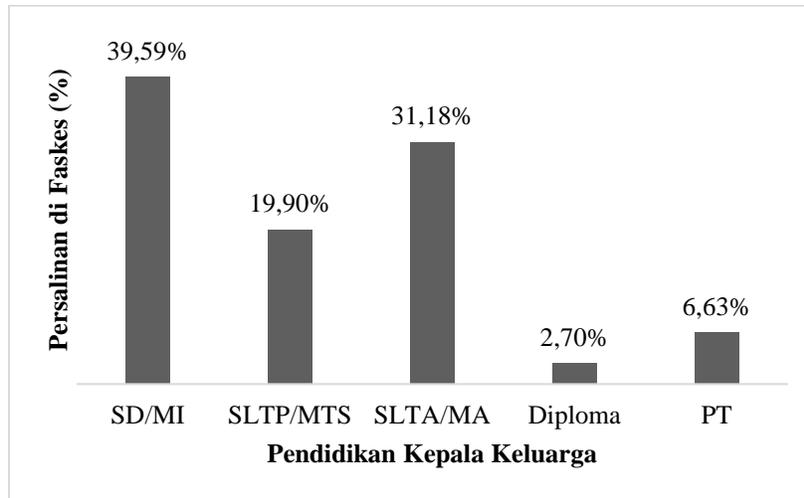
Jampersal banyak dimanfaatkan oleh ibu yang tidak mampu dan tidak memiliki jaminan kesehatan untuk persalinan. Dari hasil wawancara diketahui bahwa secara umum setiap daerah menerapkan persyaratan yang sama bagi ibu hamil yang ingin memanfaatkan Jampersal. Persyaratan tersebut adalah kartu identitas diri, surat keterangan domisili, dan surat keterangan tidak mampu (SKTM). Para ibu hamil mampu memenuhi persyaratan tersebut.



**Gambar 3. Gambaran Persalinan di Fasilitas Kesehatan pada Penerima Manfaat Jampersal berdasarkan Pendidikan Kepala Keluarga.**

Melihat tingginya biaya yang dikeluarkan dari kantong sendiri (biaya sendiri) untuk persalinan, maka analisis ini juga menyajikan gambaran persalinan di fasilitas kesehatan pada ibu hamil yang menggunakan biaya sendiri berdasarkan pendidikan kepala keluarga (gambar 4). Hasil menunjukkan bahwa masih banyak ibu bersalin

yang menggunakan biaya sendiri untuk persalinan di fasilitas kesehatan pada kelompok ibu dengan kepala keluarga berpendidikan SD/MI. Berdasarkan hasil kualitatif tingginya biaya persalinan bersumber biaya sendiri disebabkan oleh tidak mengetahui informasi mengenai Jampersal.

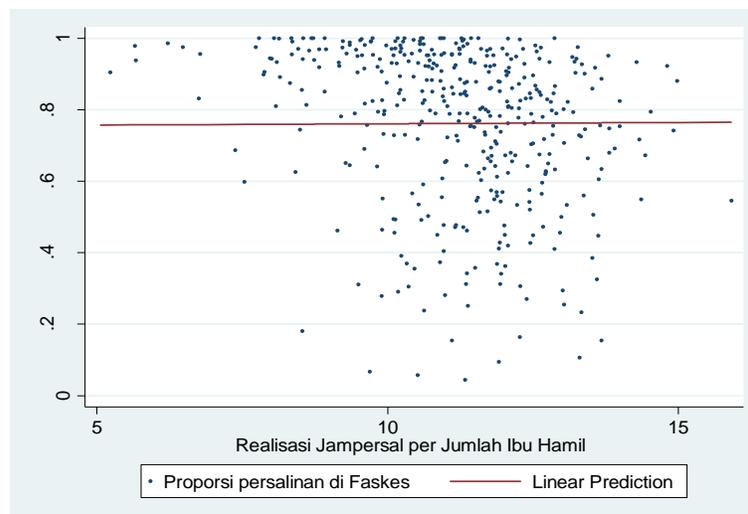


**Gambar 4. Gambaran Persalinan di Fasilitas Kesehatan pada Ibu dengan Biaya Sendiri berdasarkan Pendidikan Kepala Keluarga.**

#### **Analisis Hubungan antara Realisasi Jampersal dan Persalinan di Fasilitas Kesehatan**

Tes Breush-Pagan menunjukkan bahwa model mengalami heteroskedastisitas ( $x^2$  46,85;  $p$ -value 0,0005) sehingga *heteroskedasticity-robust standard errors* digunakan untuk menghasilkan nilai estimasi standar error yang tidak bias. Model

regresi linier menunjukkan bahwa setiap penambahan rupiah realisasi Jampersal per jumlah ibu hamil meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan (gambar 5). Hasil analisis sejalan dengan tujuan Jampersal, yaitu meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan walaupun hubungan tersebut tidak signifikan secara statistik.



**Gambar 5. Hubungan antara Realisasi Jampersal per Jumlah Ibu Hamil dan Persalinan di Faskes (*coefficient 0,000726; robust SE 0,00370; p-value>0,1; R<sup>2</sup> 75,50%*).**

### Pembahasan

Peningkatan kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan salah satu strategi dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan (Republik Indonesia, 2020b). Salah satu indikator untuk mencapai strategi tersebut adalah melalui persalinan di fasilitas kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Permasalahan yang sering terjadi dalam mendorong upaya persalinan di fasilitas kesehatan adalah kendala terhadap akses ke pelayanan kesehatan karena adanya hambatan finansial (*financial barrier*). Kemampuan ekonomi dan biaya persalinan di fasilitas kesehatan secara langsung mampu memengaruhi keputusan ibu untuk bersalin di fasilitas kesehatan (Gabrysch and Campbell, 2009; Higgins-Steele et al., 2018; Ochieng and Odhiambo, 2019; Treacy et al., 2018).

Pemerintah membuat program Jampersal, bertujuan memperluas pelayanan Kesehatan ibu dan anak, terutama bagi ibu tidak mampu dan tidak memiliki jaminan kesehatan. Analisis menunjukkan bahwa sejak diluncurkannya Jampersal, realisasi Jampersal berada di bawah angka 70%. Angka ini terbilang rendah apabila dibandingkan dengan realisasi DAK lainnya, seperti Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang mencapai di atas 80% (Pusat Pembiayaan

dan Jaminan Kesehatan, 2018). Rendahnya angka ini tidak menandakan bahwa Jampersal tidak dibutuhkan oleh daerah. Kabupaten/kota masih tetap membutuhkan Jampersal untuk pelayanan persalinan dan bayi baru lahir, terutama pada kabupaten/kota berkapasitas fiskal rendah atau belum UHC. Agar realisasi Jampersal lebih efektif dan efisien, Kementerian Kesehatan RI perlu memetakan kabupaten/kota yang telah UHC atau yang memiliki dukungan APBD. Melalui pemetaan ini pemerintah dapat mengalokasikan anggaran Jampersal secara lebih tepat bagi kabupaten/kota yang lebih membutuhkan.

Pemerintah daerah tetap berkontribusi terhadap penyelenggaraan upaya kesehatan ibu dan anak, khususnya pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi baru lahir, sebagaimana tertuang dalam jenis pelayanan kesehatan dasar pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota (Kementerian Kesehatan RI, 2019a). Jampersal sebagai bagian dari DAK Nonfisik Bidang Kesehatan membantu mendanai pelayanan KIA yang menjadi urusan daerah. Pengalokasian Jampersal tidak untuk mengambil alih tanggung jawab pemerintah daerah dalam pelaksanaan pelayanan KIA (Kementerian Kesehatan RI, 2019c).

---

Selanjutnya, terkait dengan kesesuaian penerima manfaat Jampersal hasil analisis penerima manfaat menunjukkan bahwa sebagian besar Jampersal dimanfaatkan oleh ibu hamil dengan kepala keluarga berpendidikan SD/MI. Analisis ini menggunakan pendidikan kepala keluarga sebagai proksi status ekonomi keluarga (Servan-Mori et al., 2016) dimana semakin tinggi pendidikan kepala keluarga, maka diasumsikan status ekonomi keluarga semakin tinggi. Hasil analisis penerima manfaat memberikan gambaran yang sesuai dengan sasaran Jampersal, yaitu untuk ibu hamil tidak mampu. Akan tetapi, Jampersal juga masih dimanfaatkan untuk ibu hamil dengan kepala keluarga berpendidikan tinggi. Beberapa studi melaporkan besarnya salah sasaran/*mistargeting* pada program jaminan. Sebuah analisis mengenai Program Kartu Sehat yang diluncurkan tahun 1997 sebagai respon dari krisis ekonomi melaporkan bahwa pada kelompok 60% rumah tangga berpendapatan tinggi memiliki sekitar 40% Kartu Sehat (Pradhan et al., 2007). Studi lain yang mengestimasi data Susenas tahun 2010 melaporkan bahwa terdapat salah sasaran sebesar 52,4% pada program Jamkesmas, dimana pemegang kartu Jamkesmas berasal dari luar kelompok miskin dan hampir miskin (Harimurti et al., 2013). Untuk mencegah terjadinya salah sasaran penerima manfaat Jampersal, ke depannya diperlukan penjaringan penerima manfaat Jampersal secara lebih ketat dengan menggunakan data sasaran yang akurat.

Selain itu, hal menarik lain yang ditemukan dalam analisis ini adalah masih tingginya biaya persalinan yang bersumber dari kantong sendiri, terutama pada kelompok SD/MI (mengacu pada gambar 4). Pembiayaan dari kantong sendiri (*out of pocket* - OOP) lazim digunakan untuk mengukur beban keuangan ibu atau keluarga dalam mendapatkan pelayanan kesehatan (Arenliu Qosaj et al., 2018; Dorjdagva et al., 2016; Karan et al., 2014). OOP tidak hanya terjadi pada Jampersal saja, tetapi juga pada sistem jaminan lain, seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Nugraheni et al., 2019). Kurangnya sosialisasi terkait Jampersal kepada ibu dan sulitnya serta

lamanya proses pencairan klaim turut menyumbang terjadinya OOP (Rizkianti et al., 2021). Dalam mengurangi OOP, ke depannya diperlukan sosialisasi rutin dan sering terkait Jampersal, penerapan prinsip portabilitas dalam mengakses fasilitas kesehatan terutama yang berbatasan dengan wilayah lain atau yang penduduknya bersifat komuter melalui peraturan bupati/walikota (Kementerian Kesehatan RI, 2019c), dan bahkan analisis lanjut untuk melihat seberapa efektif sistem jaminan kesehatan menurunkan OOP.

Hasil lainnya menunjukkan bahwa tujuan Jampersal tercapai dalam hal peningkatan persalinan di fasilitas kesehatan walaupun hubungan tersebut masih belum konklusif. Hasil regresi linier memberikan ukuran efek yang kecil dengan standar error yang lebar. Hal ini dapat terjadi karena terdapat lebih dari 20% kabupaten/kota yang tidak diikutsertakan dalam analisis karena tidak memiliki data lengkap (Visentin et al., 2020) dan koreksi yang dilakukan pada model karena adanya heteroskedastisitas sehingga rentang nilai standar error yang dihasilkan lebih lebar (Ford, 2020; Reimers, 2019). Ke depannya, diperlukan analisis lanjut, misalnya dengan analisis *post-hoc statistical power* dan besar sampel untuk memberikan hasil yang lebih sensitif dalam mendeteksi hubungan (Derr and Goldsmith, 2003).

Analisis ini memperkaya informasi terkait Jampersal dengan menyajikan gambaran realisasi dan penerima manfaat Jampersal, serta hubungan antara realisasi Jampersal dan persalinan di fasilitas kesehatan. Selain itu, analisis ini juga menggabungkan data rutin yang berasal dari Kementerian Kesehatan RI dan data survei.

Analisis ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, Riskesdas 2018 menggunakan metode wawancara sehingga dikhawatirkan terjadi *recall bias* untuk informasi selama lima tahun terakhir sebelum pelaksanaan survey. Kedua, tidak tersedia data pengeluaran, penerimaan, ataupun data yang menunjukkan status ekonomi pada Riskesdas 2018 sehingga analisis ini menggunakan status pendidikan sebagai proksi

---

status ekonomi (Servan-Mori et al., 2016). Ketiga, data rutin memiliki keterbatasan dalam hal kelengkapan data. Hal ini berkaitan dengan kepatuhan daerah dalam melaporkan realisasi pemanfaatan Jampersal. Pada analisis ini sekitar 21% kabupaten/kota tidak diikutsertakan dalam analisis. Keempat, data utilisasi yang terkait langsung dengan Jampersal tidak tersedia pada data rutin. Permasalahan ini diatasi dengan menggunakan data Riskesdas 2018. Ke depannya diharapkan kabupaten/kota melaporkan utilisasi Jampersal kepada Kementerian Kesehatan RI.

Keterbatasan lain adalah pengambilan data kualitatif yang dilaksanakan secara daring yang dikhawatirkan terjadi gangguan jaringan. Agar tidak terjadi permasalahan dalam proses wawancara, pewawancara menayangkan pertanyaan pada layar komputer sehingga tidak terjadi distorsi informasi antara pewawancara dan informan.

### **Kesimpulan dan Saran**

Realisasi Jampersal pada periode 2017-2019 terhitung kurang dari 70%. Pemanfaatan Jampersal terkendala oleh kurangnya sinkronisasi perencanaan dan penganggaran antara Pusat dan Daerah, pemahaman daerah atas Juknis Jampersal, ketersediaan data sasaran yang valid, dan alokasi anggaran Jampersal yang diterima tidak sama dengan usulan dari daerah. Kelompok SD/MI banyak memanfaatkan Jampersal sebagai sumber pembiayaan persalinan di fasilitas kesehatan sehingga ke depannya diperlukan penjangkaran sasaran Jampersal dengan lebih ketat lagi. Selain itu, kelompok SD/MI juga banyak memanfaatkan biaya sendiri untuk persalinan di fasilitas kesehatan. Realisasi Jampersal berhubungan positif dengan peningkatan persalinan di fasilitas kesehatan, tetapi hubungan ini tidak signifikan secara statistik.

### **Ucapan Terima Kasih**

Ucapan terima kasih kepada Kementerian Kesehatan RI yang telah menyediakan data terkait

Jampersal dan tim World Bank dalam memberikan dukungan terselenggaranya analisis ini.

### **Daftar Pustaka**

- Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. (2016) Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet* 387(10017). Elsevier: 462–474. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
- Arenliu Qosaj F, Froeschl G, Berisha M, et al. (2018) Catastrophic expenditures and impoverishment due to out-of-pocket health payments in Kosovo. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. DOI: 10.1186/s12962-018-0111-1.
- Derr J and Goldsmith LJ (2003) How to Report Nonsignificant Results: Planning to Make the Best Use of Statistical Power Calculations. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 33(6).
- Dorjdagva J, Batbaatar E, Svensson M, et al. (2016) Catastrophic health expenditure and impoverishment in Mongolia. *International Journal for Equity in Health*. DOI: 10.1186/s12939-016-0395-8.
- Ford C (2020) Understanding Robust Standard Errors. Available at: <https://data.library.virginia.edu/understanding-robust-standard-errors/> (accessed 20 April 2021).
- Gabrysch S and Campbell O (2009) Still too far to walk : Literature review of the determinants of delivery service use. 18: 1–18. DOI: 10.1186/1471-2393-9-34.
- Gage AD, Carnes F, Blossom J, et al. (2019) In Low- And Middle-Income Countries, Is Delivery In High-Quality Obstetric Facilities Geographically Feasible? *Health Affairs* 38(9). *Health Affairs*: 1576–1584. DOI: 10.1377/hlthaff.2018.05397.
- Goudar SS, Goco N, Somannavar MS, et al. (2020) Institutional deliveries and stillbirth and neonatal mortality in the Global Network’s Maternal and Newborn Health Registry. *Reproductive Health* 17(3): 179. DOI: 10.1186/s12978-020-01001-x.

- Harimurti P, Pambudi E, Pigazzini A, et al. (2013) *The Nuts & Bolts of Jamkesmas, Indonesia's Government-Financed Health Coverage Program for the Poor and Near-Poor*. Washington DC.
- Higgins-Steele A, Burke J, Foshanji AI, et al. (2018) Barriers associated with care-seeking for institutional delivery among rural women in three provinces in Afghanistan. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 246. DOI: 10.1186/s12884-018-1890-2.
- Karan A, Selvaraj S and Mahal A (2014) Moving to universal coverage? Trends in the burden of out-of-pocket payments for health care across social groups in India, 1999-2000 to 2011-12. *PLoS ONE*. DOI: 10.1371/journal.pone.0105162.
- Kementerian Kesehatan RI (2015a) Kesehatan RI Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2015-2019. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2015b) Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.
- Kementerian Kesehatan RI (2017) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 61 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2018. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2018) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2019a) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2019b) Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 3 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2019c) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 86 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2020. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2019d) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2020) Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Indonesia.
- Koblinsky MA, Campbell O and Heichelheim J (1999) Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bulletin of the World Health Organization* 77(5). World Health Organization: 399–406.
- Lestary H, Sugiharti and Mujiati (2018) Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal di Provinsi Papua dan Maluku. *Media Litbangkes* 28(No. 2).
- Nugraheni W, Mubasyiroh R and Kusuma R (2019) Peran Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ) dalam Mengurangi Beban Keuangan pada Perawatan Persalinan Pendahuluan Metode. (November): 1–7.
- Ochieng CA and Odhiambo AS (2019) Barriers to formal health care seeking during pregnancy, childbirth and postnatal period: a qualitative study in Siaya County in rural Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19(1): 339. DOI: 10.1186/s12884-019-2485-2.
- Pradhan M, Saadah F and Sparrow R (2007) Did the Health Card Program Ensure Access to Medical Care for the Poor during Indonesia's Economic Crisis? *World Bank Economic Review* 21(1). Oxford University Press: 125–149. DOI: 10.1093/wber/lhl010.
- Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (2018) *Analisis Efisiensi Pembiayaan Kesehatan pada Program Kesehatan Bersumber Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Puskesmas 2017*. Jakarta.
- Reimers P (2019) *Linear Regression with STATA*. Frankfurt: Goethe University Frankfurt & GSEFM.
- Republik Indonesia (2020a) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta, Indonesia.
- Republik Indonesia (2020b) Peraturan Presiden RI Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional

- 
- 2020-2024. Jakarta, Indonesia: Kementerian PPN/Bappenas.
- Rizkianti A, Suparmi, Maisya IB, et al. (2021) Evaluasi Pemanfaatan Dana Jampersal pada Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia* 10(No. 1). DOI: <https://doi.org/10.22146/jkki.60534>.
- Servan-Mori E, Avila-Burgos L, Nigenda G, et al. (2016) A Performance Analysis of Public Expenditure on Maternal Health in Mexico. *PLOS ONE* 11(4). Public Library of Science: e0152635.
- Subdirektorat Statistik Demografi (2015) *Profil Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 2015*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Suparmi, Maisya IB and Lestari H (2019a) Jaminan Kesehatan sebagai solusi mengatasi hambatan akses dan biaya dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu di Indonesia. *Badan Litbangkes*: 1–6. Available at: [http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/17359-17648\\_PBHealthInsuranceInd.pdf](http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/17359-17648_PBHealthInsuranceInd.pdf).
- Suparmi, Maisya IB and Lestari H (2019b) Jaminan Kesehatan sebagai solusi mengatasi hambatan akses dan biaya dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu di Indonesia. *Badan Litbangkes*: 1–6.
- Torres-Reyna O (2007) *Linear Regression Using Stata*. Princeton University. New Jersey: Princeton University.
- Treacy L, Bolkan HA and Sagbakken M (2018) Distance, accessibility and costs. Decision-making during childbirth in rural Sierra Leone: A qualitative study. *PLOS ONE* 13(2). Public Library of Science: e0188280.
- Tura G, Fantahun M and Worku A (2013) The effect of health facility delivery on neonatal mortality: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 13(1): 18. DOI: 10.1186/1471-2393-13-18.
- Visentin DC, Cleary M and Hunt GE (2020) The earnestness of being important: Reporting non-significant statistical results. *Journal of Advanced Nursing* 76(4): 917–919. DOI: 10.1111/jan.14283.
- WHO (2019) Maternal Mortality.
- WHO, UNICEF, UNFPA, et al. (2019) *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. World Health Organization (ed.) *Sexual and Reproductive Health*. Geneva.
- Widodo Y, Amanah S, Pandjaitan NK, et al. (2017) Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi dan Budaya Terhadap Perilaku Persalinan di Perdesaan Daerah Angka Kematian Ibu Rendah dan Tinggi. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*.
- Yarinbab TE, Tefera Belachew Lema and Belina Kitila S (2018) Delays in Utilization of Institutional Delivery Service and Its Determinants in Yem Special Woreda, Southwest Ethiopia: Health Institution Based Cross-Sectional Study. *Journal of Gynecology and Womens Health* 10(4): 1–6. DOI: 10.19080/jgwh.2018.10.555793.
-