

Variasi Cakupan Jaminan Persalinan di Kabupaten Bogor 2011

Variation of Delivery Insurance Coverage in Bogor District 2011

Ajeng Tias Endarti

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan MH Thamrin Jakarta Timur

Abstrak

Program Jaminan Persalinan (Jampersal) dirancang untuk meningkatkan akses ibu hamil pada fasilitas pelayanan kesehatan yang pada gilirannya berkontribusi terhadap penurunan kematian ibu. Artikel ini bertujuan menilai cakupan Jampersal di Kabupaten Bogor, Provinsi Jawa Barat dengan menggunakan sumber data sekunder yaitu profil kesehatan dan laporan kesehatan ibu dan anak (KIA) Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2011. Cakupan Program Jaminan Persalinan yang meliputi pelayanan *antenatal care* (ANC), persalinan, dan pascapersalinan berada pada kisaran 2,67% – 12,56%, dengan cakupan tertinggi pelayanan persalinan (12,56%). Berdasarkan uji *analysis of variance* (ANOVA) ditemukan perbedaan yang bermakna antara cakupan di wilayah pembangunan barat (25,05%), tengah (9,43%), dan timur (11,08%) (nilai $p = 0,012$). Uji *multiple comparison* menunjukkan perbedaan rata-rata cakupan Jaminan Persalinan di wilayah barat dan wilayah tengah yang bermakna ($p = 0,011$; IK 95% = 3,12 – 29,60). Perbedaan tersebut kemungkinan disebabkan oleh perbedaan intensitas sosialisasi program oleh petugas kesehatan dan elemen masyarakat. Sosialisasi meningkatkan pengenalan sasaran terhadap program tersebut, khususnya kelompok miskin. Perbedaan cakupan Jampersal dapat juga disebabkan oleh perbedaan cakupan jaminan kesehatan yang lain. Masyarakat yang sudah mempunyai jaminan kesehatan menjadi tidak berhak untuk mengikuti program Jampersal. Direkomendasikan untuk melakukan sosialisasi Jampersal yang difokuskan pada kelompok sasaran kategori miskin yang belum mempunyai jaminan kesehatan.

Kata kunci: evaluasi, Jampersal, Kabupaten Bogor

Abstract

Delivery insurance (Jampersal) was designed to increase pregnant woman to access health care facility that contributed to reduce maternal death. The study aimed to describe Jampersal coverage for delivery. It utilized Bogor District health profile and maternal and child health report 2011. Coverage of Jampersal was about 2,67 – 12,56%, for antenatal care, deli-

very care, and postnatal care, the highest coverage was for delivery (12,56%). Analysis of variance test showed the significance among the coverage in west (25,05%), central (9,43%), and east (11,08%) area ($p = 0,012$). Multiple comparison analysis then showed that difference coverage was significance between west and central area ($p = 0,011$; 95% CI = 3,12 – 29,60). Different coverage might be associated with the intensity of Jampersal promotion done by both health workers and communities. Promotion will be essential for the success of program due to its ability to increase the community recognition, particularly for lower socioeconomic group, to Jampersal. It also might be influenced by discrepancy of other health insurances coverage. Those who already had health insurance would not be eligible for Jampersal. It is recommended to increase the Jampersal promotion focused to the poor groups that have not been covered by any other health insurance.

Keywords: evaluation, Jampersal, Distric of Bogor

Pendahuluan

Pada periode 1990 – 2012, pencapaian penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, adalah sekitar 75%, jauh dari target *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015 sebesar 102 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2007, pencapaian AKI adalah 228 per 100.000 kelahiran hidup yang memperlihatkan *trend* yang menurun dibandingkan tahun 1990 dan 1998-2002, yaitu masing-masing sekitar 390 dan 307 per 100.000 kelahiran hidup.¹ Sekitar 50% kematian ibu dan bayi di Indonesia tersebut merupakan kontribusi beberapa provinsi di Jawa

Alamat Korespondensi: Ajeng Tias Endarti, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan MH. Thamrin, Jl. Raya Pondok Gede No. 23-25, Kramat Jati, Jakarta Timur 13550, Hp. 08159160213, e-mail: ajengtias@gmail.com

Barat, Jawa Tengah, Nusa Tenggara Timur, Banten, dan Jawa Timur.¹ Pada tahun 2010 dan 2011, di Jawa Barat, AKI tertinggi dilaporkan di Kabupaten Bogor yang mencapai 68,5 dan 68,3 per 100.000 kelahiran hidup dan hingga September 2012 dilaporkan 33 per 100.000 angka kelahiran.²⁻⁴

Salah satu strategi untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan angka persalinan di sarana pelayanan kesehatan dengan kemudahan akses rujukan pada pelayanan kesehatan yang lebih lengkap. Selain itu, pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan pascapersalinan dan Keluarga Berencana (KB) juga berkontribusi menurunkan AKI.⁵ Pada kelompok sosial ekonomi rendah, pemanfaatan pelayanan kesehatan cenderung menjadi beban ekonomi keluarga. Di Laos, biaya persalinan normal di pelayanan kesehatan adalah sekitar USD 59 (pada kisaran USD 48 – 75) dan biaya persalinan *sectio* jauh lebih tinggi sekitar USD 270 (berada pada kisaran USD 218 – 312). Akibatnya, kunjungan persalinan ke pelayanan kesehatan pada kelompok kuintil 4 dan kelompok kuintil tertinggi lebih tinggi sekitar 7% dan 11% daripada kelompok termiskin (kuintil 1).⁶ Keberhasilan program pembiayaan kesehatan ibu dan anak (KIA) ditunjukkan oleh suatu studi intervensi di Pakistan. Pemberian voucher pelayanan *Antenatal Care* (ANC), persalinan, pascapersalinan dan KB kepada 2020 penduduk termiskin di distrik Jhang, Pakistan, mampu meningkatkan semua kunjungan pelayanan KIA pada kelompok yang mendapatkan voucher secara bermakna. Hal tersebut menunjukkan *demand-side financing* penggunaan voucher, efektif menurunkan ketidakmerataan pemanfaatan persalinan di pelayanan kesehatan.⁷ Untuk menekan hambatan biaya persalinan tersebut, perlu dikembangkan kebijakan pembiayaan yang meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

Di Indonesia, kebijakan Jaminan Persalinan (Jampersal) berupaya menghilangkan hambatan finansial ke fasilitas pelayanan persalinan profesional berkualitas yang mencakup pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas, dan KB pascapersalinan, serta pelayanan bayi baru lahir.⁸ Program tersebut dimulai pada tahun 2011 dan pada akhir tahun 2012 telah disosialisasikan dan diimplementasikan di seluruh wilayah Indonesia. Evaluasi program Jampersal telah dilaksanakan oleh beberapa lembaga.^{9,10,11} Hasilnya menunjukkan bahwa program tersebut telah digunakan secara tepat sasaran, yaitu kelompok ibu bersalin, ibu nifas berisiko, dan sasaran yang berada dalam radius 5 km dari fasilitas pelayanan kesehatan. Kader dan tokoh masyarakat merupakan kelompok terbanyak yang melakukan sosialisasi Jampersal kepada warga sasaran.⁹ Namun, hanya sekitar 33 dari 230 Bidan Praktik Swasta (BPS) yang bersedia bekerja sama dengan Jampersal.¹⁰

Di Sumatera Barat beberapa bidan bahkan menolak bekerja sama dengan Jampersal.¹¹

Program yang bersentuhan langsung dengan masyarakat memerlukan pemahaman penerimaan sasaran, tenaga penolong persalinan, dan dukungan pemerintah. Di Kabupaten Bogor, Jampersal diimplementasikan sejak bulan April 2011 dan Dinas Kesehatan setempat bekerja sama dengan Ikatan Bidan Indonesia. Artikel ini bertujuan melihat cakupan Jampersal khususnya pelayanan persalinan di Kabupaten Bogor pada tahun 2011.

Metode

Dalam artikel ini, angka cakupan Jampersal di seluruh kecamatan di Kabupaten Bogor pada tahun 2011 dibandingkan secara kuantitatif. Sumber data yang digunakan adalah Profil Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2010–2011 dan Laporan Tahunan Seksi Kesehatan Ibu dan Anak Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 2011–2012.^{2,3,4}

Unit analisis adalah tingkat kecamatan, seperti yang tersedia dalam profil kesehatan. Data tersebut merupakan laporan pelaksanaan Jampersal untuk pelayanan persalinan yang dilaporkan oleh setiap rumah sakit di setiap kecamatan setiap bulan. Variabel yang diamati hanya terbatas pada jumlah klaim persalinan yang memanfaatkan program Jampersal dalam periode waktu April – Desember 2011 serta jumlah ibu hamil dalam periode waktu yang sama. Variabel ibu hamil digunakan sebagai denominator untuk menghitung cakupan pelaksanaan Jampersal. Data yang dianalisis bersifat numerik dengan skala rasio.

Penulis hanya mengamati pemanfaatan Jampersal untuk persalinan, meskipun terdapat beberapa program telah digulirkan oleh pemerintah terkait dengan bantuan pembiayaan persalinan, seperti Asuransi Kesehatan (Askes), Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Program-program tersebut pemanfaatannya lebih banyak digunakan untuk penyakit-penyakit umum. Dalam profil kesehatan ataupun laporan-laporan lainnya, penggunaan jaminan kesehatan seperti yang dijelaskan tidak dilaporkan secara spesifik baik itu untuk klaim pengobatan penyakit ataupun persalinan, sehingga penulis tidak dapat menggambarkan utilisasi atau cakupan jaminan lainnya terhadap pembiayaan kesehatan.

Analisis spasial digunakan untuk mengetahui distribusi dan variasi cakupan Jampersal pelayanan persalinan di setiap kecamatan di Kabupaten Bogor. Setelah itu, dilakukan analisis bivariat untuk melihat perbedaan rata-rata cakupan Jampersal antarwilayah pembangunan di Kabupaten Bogor menggunakan program analisis data.

Hasil

Pelaksanaan Jampersal

Wilayah Kabupaten Bogor dengan luas 299.019,06 Ha terdiri dari 40 kecamatan, 411 desa, dan 17 kelurahan. Kabupaten Bogor dibagi dalam tiga wilayah pembangunan yang meliputi wilayah barat (13 kecamatan), wilayah tengah (20 kecamatan), dan wilayah timur (7 kecamatan). Pada tahun 2011, jumlah seluruh penduduk mencapai 4.763.209 jiwa dengan tingkat kepadatan sekitar 16 orang/km². Kelompok terbanyak adalah anak-anak dan remaja, sekitar 53,87% kelompok usia muda (15 – 44 tahun), diikuti anak-anak 5 – 14 tahun (17,98%), dan balita 0 – 4 tahun (12,50%). Pada tahun 2011, laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Bogor mencapai 3,15%, sekitar dua kali lebih besar dari angka pertumbuhan nasional (1,49%).³

Program Jampersal dilaksanakan di seluruh wilayah Kabupaten Bogor sejak bulan April 2011. Cakupan pemanfaatan program Jampersal terbanyak adalah pelayanan persalinan (12,56%), diikuti oleh pelayanan ibu nifas dan bayi baru lahir yang berupaya mendeteksi komplikasi ibu nifas dengan tiga kali kunjungan. Kunjungan nifas pertama (KF1) dilakukan pada enam jam sampai dengan tiga hari setelah persalinan dengan cakupan sekitar 11,89%. Kunjungan nifas kedua (KF2) dilakukan pada empat hari sampai dengan dua puluh delapan hari setelah persalinan dengan cakupan KF2 sekitar 9,78%, yang menurun 17,76% dari KF1. Selanjutnya, cakupan kunjungan nifas ketiga (KF3) pada dua puluh sembilan hari sampai empat puluh dua hari setelah persalinan dilaporkan hanya sekitar 4,98% dengan penurunan cakupan hampir 50% dari KF2. Sementara, cakupan pelayanan ANC meliputi kunjungan pemeriksaan kehamilan pada tenaga kesehatan yang pertama (K1) dan yang keempat (K4), dilaporkan sekitar 2,67% dan 10,58%. Persentase tersebut lebih rendah daripada pelayanan ibu nifas dan bayi baru lahir.

Pelayanan lain adalah rujukan ke rumah sakit yang mencakup pembiayaan transportasi pasien. Jumlah seluruh pengguna dana Jampersal adalah 15.083 ibu bersalin, sekitar 5,16% tidak dapat ditangani oleh bidan sehingga dirujuk ke rumah sakit rujukan ibu bersalin atau puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Program Jampersal juga memberikan pelayanan bersalin di puskesmas PONED. Di Kabupaten Bogor, hanya 255 ibu bersalin peserta program Jampersal yang memanfaatkan puskesmas PONED (Tabel 1).

Tabel 2 menunjukkan rata-rata cakupan Jampersal perawatan persalinan di setiap kecamatan di Kabupaten Bogor yaitu 15,6%. Persentase ini terlihat sedikit lebih besar dibandingkan cakupan pada Provinsi Jawa Barat yaitu 15,30%. Proporsi perbedaan tersebut tidak bermakna (nilai $p = 0,898$). Namun, dibandingkan dengan cakupan nasional (21%), angka cakupan di Kabupaten Bogor tersebut secara signifikan masih lebih rendah ($p = 0,004$).

Tabel 1. Cakupan Jampersal di Kabupaten Bogor tahun 2011

Pelayanan Jampersal	Kategori	Sasaran	Cakupan	
			n	(%)
Antenatal Care	K1	125750	3.364	2,67
	K4	125750	13.306	10,58
Persalinan normal Ibu nifas dan bayi baru lahir		120029	15.083	12,56
	KF1	120029	14.277	11,89
	KF2	120029	11.741	9,78
	KF3	120029	5.980	4,98
Rujukan		N/A	779	-
PONED		N/A	255	-

Tabel 2. Uji T Independen Rata-Rata Cakupan Jampersal Pelayanan Persalinan per Kecamatan dengan Cakupan Jawa Barat dan Nasional

Variabel	N	Mean	SD	Pembanding	Nilai p
Cakupan per Kecamatan	40	15,63	16,27	15,3 (Jawa Barat) 21 (Nasional)	0,898 0,044

*data terdistribusi normal

Distribusi di Setiap Kecamatan

Kabupaten Bogor meliputi 40 kecamatan. Kecamatan Tenjolaya dilaporkan dengan cakupan Jampersal perawatan persalinan tertinggi (99,42%), hampir seluruh ibu bersalin di Kecamatan Tenjolaya memanfaatkan program Jampersal. Sementara, enam belas kecamatan yang lain (40%) dilaporkan dengan cakupan yang tergolong sedang pada kisaran 15,01 – 50,00%. Sebagian besar (57,5 %) kecamatan di Kabupaten Bogor belum memanfaatkan program tersebut dengan angka cakupan yang berkisar 0 – 15%. Berdasarkan peta distribusi cakupan Jampersal pelayanan persalinan, di wilayah barat, hanya tiga dari 13 kecamatan (23%) yang mempunyai cakupan Jampersal yang rendah. Sebaliknya, di wilayah pembangunan tengah, 16 dari 20 kecamatan (80%) mempunyai cakupan yang rendah (Gambar 1).

Di wilayah pembangunan timur, proporsi daerah dengan cakupan yang rendah dan sedang hampir berimbang sekitar 57% dan 43%. Secara spasial, distribusi cakupan Jampersal pelayanan persalinan wilayah pembangunan di Kabupaten Bogor bervariasi.

Wilayah pembangunan barat memiliki cakupan terbesar (25,05%) dan wilayah pembangunan tengah merupakan yang terkecil (9,43%). Uji ANOVA membuktikan bahwa perbedaan tersebut secara statistik bermakna (nilai $p = 0,012$) (Tabel 3).

Selanjutnya, dilakukan uji *multiple comparison* dengan metode Bonferroni untuk mengetahui wilayah yang mempunyai perbedaan cakupan. Hasil uji menunjukkan bahwa wilayah dengan perbedaan cakupan Jampersal yang signifikan adalah wilayah barat dan wilayah tengah ($p = 0,011$; 95%CI = 3,12-29,60) (Tabel 4).



Gambar 1. Distribusi Pelaksanaan Jampersal di Setiap Kecamatan di Kabupaten Bogor 2011

Pembahasan

Program Jampersal merupakan perpanjangan program jaminan kesehatan masyarakat yang terfokus pada pelayanan kesehatan ibu dan anak, meliputi pemeriksaan ANC, persalinan, pelayanan nifas, dan bayi baru lahir serta pelayanan KB pascapersalinan. Program ini bertujuan menghilangkan hambatan finansial dalam mengakses pelayanan KIA di pelayanan kesehatan yang pada gilirannya berkontribusi pada penurunan angka kematian ibu di Indonesia.⁸ Hingga tahun 2010, lima tahun sebelum target pencapaian MDGs, AKI di Indonesia adalah 214 kematian per 100.000 kelahiran hidup atau dua kali lebih tinggi daripada target 2015, yaitu 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup.⁹ Studi yang dilakukan di sepuluh negara menunjukkan hubungan yang signifikan antara kemiskinan dengan kematian ibu yang disebabkan oleh berbagai penyebab. Studi tersebut bahkan menunjukkan bahwa di Indonesia 33 – 34% kematian ibu terjadi pada kelompok paling miskin, 3 – 4 kali lebih besar daripada kelompok paling kaya.¹²

Sebelum program Jampersal, beberapa program telah diimplementasikan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu di Indonesia. Pada tahun 1988, dibentuk program *Safe Motherhood*. Selanjutnya pada tahun 1996, dicanangkan Gerakan Sayang Ibu, kemudian Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman, serta pembuatan buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal neonatal pada tahun 2002.¹³ Pemerintah juga mengembangkan program sumber daya tenaga, ketersediaan sarana dan pembiayaan kesehatan dalam penempatan bidan desa, pembentukan puskesmas PONEK dan rumah sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).

Program pembiayaan kesehatan yang khusus untuk pelayanan kesehatan ibu juga dilakukan di beberapa negara lain. Sejak tahun 2005, Pemerintah India melakukan program *Janani Suraksha Yojana* (JSY)

atau *Safe Motherhood* dengan menggunakan *voucher* persalinan untuk keluarga miskin di pelayanan kesehatan pemerintah.¹⁴ Pada tahun 2006, Program serupa, yaitu *Output-Based Approach (OBA) Voucher*, yang lebih difokuskan pada pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dilakukan di Kenya.¹⁵ Pembiayaan yang lebih menyeluruh dilakukan di Pakistan, masyarakat miskin mendapatkan *voucher* tidak hanya untuk persalinan normal tetapi juga untuk persalinan *sectio* berdasarkan rujukan, tiga kali pelayanan ANC, dan pelayanan pascapersalinan.¹⁶ Di Kamboja, program *Voucher and Accreditation (VA) Approach* ditujukan pada kelompok miskin tidak hanya untuk pelayanan kesehatan ibu tetapi juga pelayanan KB dan pelayanan aborsi.¹⁷

Pelaksanaan program Jampersal di Kabupaten Bogor pada tahun 2011 baru mencakup sekitar 2,67 – 12,56% pelayanan KIA pada kelompok sasaran. Persalinan adalah pelayanan yang paling banyak menggunakan program Jampersal (12,56%). Dari angka cakupan, pelaksanaan program Jampersal tampaknya belum optimal, tetapi kegiatan ini telah menyerap sekitar 43% alokasi anggaran Jampersal 2011.³ Berdasarkan evaluasi pelaksanaan Jampersal oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, pada tahun 2012, penyerapan anggaran Jampersal Kabupaten Bogor tersebut jauh lebih tinggi daripada di Kota Mataram (6,97%), Kota Blitar (26,99%) dan Kota Bandung (39,9%).⁹ Sementara, cakupan Jampersal di Kabupaten Bogor sedikit lebih rendah daripada di Provinsi Jawa Barat, 15,3%. Hal serupa juga terjadi di provinsi yang lain, bahkan Provinsi DKI Jakarta dan DI Yogyakarta, cakupan pelayanan persalinan Jampersal hanya sekitar 3,57% dan 3,01%. Provinsi dengan angka cakupan yang lebih tinggi daripada angka nasional adalah Provinsi Jawa Timur yang mencapai 23,17%.¹⁸ Fenomena tersebut menunjukkan berbagai kendala dalam implementasi program Jampersal. Faktor kebi-

Tabel 3. Rata-Rata Cakupan Jampersal di Tiga Wilayah Pembangunan Kabupaten Bogor

Variabel Pendidikan	Mean	SD	95% IK	Nilai p
Wilayah Barat	25,05	23,10	11,09 – 39,01	0,012
Wilayah Tengah	9,43	6,01	6,62 – 12,24	
Wilayah Timur	11,80	7,26	5,08 – 18,50	

Tabel 4. Hasil Uji Multiple Comparison Cakupan Jampersal Pelayanan Persalinan di Tiga Wilayah Pembangunan Kabupaten Bogor

Wilayah (I)	Wilayah (J)	Beda rata-rata (I – J)	SE	95% IK	Nilai p
Barat	Tengah*	16,36*	5,28	3,12 – 29,60	0,011
	Timur	13,89	6,95	-3,53 – 31,32	0,159
Tengah	Barat*	-16,36*	5,28	-29,60 – (-3,12)	0,011
Timur	Timur	-2,47	6,51	-18,79 – 13,86	1,000
	Barat	-13,89	6,95	-31,32 – 3,53	0,159
	Tengah	2,47	6,51	-13,86 – 18,79	1,000

jakan pemerintah daerah, dukungan bidan, ketersediaan pendanaan, dan kekurangan sosialisasi pada bidan, kekurangan sumber daya bidan, serta keterbatasan sarana pelayanan kesehatan menghambat optimalisasi pelaksanaan program tersebut.^{10,11,17}

Keberhasilan program Jampersal yang bersifat lintas sektor membutuhkan dukungan dana dari Pemerintah pusat (APBN) dan daerah (APBD), serta memerlukan kepastian ketersediaan pelayanan kesehatan dan kemudahan akses dan transportasi. Selain itu, diperlukan dukungan sosialisasi petugas kesehatan, pemerintah daerah, tokoh, dan masyarakat untuk membantu peningkatan cakupan pelaksanaan Jampersal.

Sosialisasi pelaksanaan program tersebut tidak terbatas pada sasaran program yang meliputi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir, tetapi juga pada para praktisi kesehatan seperti klinik swasta, bidan, dan dokter praktik swasta, serta rumah sakit. Hal tersebut penting untuk menjamin kemudahan akses sasaran program dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan pengajuan klaim. Berdasarkan hasil monitoring pelaksanaan Jampersal oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada (PMPK UGM) dan *United Nations Population Fund* (UNFPA), salah satu kendala implementasi Jampersal adalah sosialisasi tentang Jampersal di provinsi DIY, Papua, dan NTT yang terbatas.¹⁰ Hanya 14% bidan yang mempunyai ikatan kerjasama dengan program Jampersal. Bahkan di Kabupaten Manokwari, Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Manokwari belum pernah terpapar dengan program Jampersal.¹¹ Sementara, di Kabupaten Bogor, pada tahun 2012, 39 dari 258 bidan praktik swasta (15,1%), lima rumah

bersalin, dan delapan rumah sakit telah menjalin kerja sama dengan program Jampersal.¹⁹

Di Kabupaten Bogor, pembiayaan yang diberikan oleh program Jampersal untuk proses kelahiran normal pada tahun 2011 adalah Rp350.000,00. Sesuai dengan ketetapan Kementerian Kesehatan, dana persalinan pada tahun 2012 meningkat menjadi Rp500.000,00. Jumlah uang jasa tersebut untuk bidan yang tinggal di wilayah perkotaan, dirasakan lebih rendah daripada uang jasa tanpa program Jampersal. Seperti di propinsi DIY, IBI meminta biaya persalinan Rp600.000,00.¹⁰ Namun, di wilayah perdesaan, dana Jampersal tersebut cukup dan dirasakan membantu peningkatan pendapatan bidan desa.

Keengganan melahirkan dengan memanfaatkan Jampersal antara lain juga disebabkan oleh keengganan ibu, khususnya ibu muda pada *gravida* pertama dan kedua menggunakan KB. Ibu bersalin memiliki persepsi bahwa dengan mengikuti program Jampersal berarti langsung dipasang/diberikan kontrasepsi.¹⁷ Pada penelitian yang lain, program ini bertentangan dengan program KB.¹⁰ Untuk menjaga keberlangsungan program dan tidak *overlapping* dengan program lain, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat mengeluarkan kebijakan bahwa program Jampersal hanya berlaku untuk anak pertama dan kedua. Pembatasan sasaran program juga terjadi pada program Janani Suraksha Yojana (JSY) di India. Pemerintah India mengategorikan sasaran berdasarkan kondisi fasilitas kesehatan di suatu daerah. Daerah dengan kondisi fasilitas kesehatan yang baik dikategorikan dalam kelompok yang tidak menjadi fokus utama. Program JSY pada sasaran di wilayah tersebut hanya dibatasi sampai anak kedua atau sasaran yang berada di bawah garis kemiskinan atau kasta tertentu.¹⁴

Untuk dapat memanfaatkan Jampersal masyarakat Kabupaten Bogor hanya perlu menunjukkan kartu identitas dan tidak memberi keterangan memiliki jaminan berupa Jamkesmas, Jamkesda, asuransi pribadi, ataupun dari tempat bekerja. Warga dengan kartu identitas selain Kabupaten Bogor tetap diperkenankan untuk menggunakan Jampersal. Kemudahan pemanfaatan program ini dinilai sangat baik karena dapat meningkatkan minat sasaran dan cakupan program Jampersal.

Walaupun demikian, seperti yang dilaporkan beberapa media massa, pasien Jampersal di beberapa daerah mengeluh karena tetap dikenakan biaya. Hal ini terjadi karena *misinformation* tentang biaya yang dapat diklaim oleh Jampersal. Dalam sosialisasi program kepada masyarakat perlu ditekankan berbagai biaya yang tidak mendapat penggantian Jampersal. Berdasarkan hasil penelitian Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, kejelasan informasi saat sosialisasi Jampersal paling banyak diberikan oleh

tokoh agama dan petugas Dinas Kesehatan (sekitar 14,3% dan 14,3%) dan dinyatakan bahwa informasi yang diterima sangat jelas. Sementara itu, metode yang dirasakan paling efektif adalah penyuluhan (77,3%) dan “getok tular” (dari mulut ke mulut) (54,1%).⁹ Pengalaman baik individu dalam program Jampersal akan sangat efektif untuk menarik individu yang lain untuk mengikuti program yang sama.

Artikel ini difokuskan pada jaminan pelayanan persalinan karena kunjungan persalinan merupakan kondisi yang paling berisiko menyebabkan kematian ibu. Menurut hasil survei kesehatan rumah tangga (SKRT) 2001, penyebab langsung kematian ibu yang terjadi 90% pada saat persalinan dan segera setelah persalinan adalah perdarahan (32%) yang merupakan penyebab utama kematian ibu.¹⁹ Dengan program Jampersal, diharapkan angka komplikasi kebidanan dapat diturunkan dan lebih banyak kasus komplikasi yang dapat ditangani. Kasus komplikasi saat kehamilan atau persalinan perlu mendapat perhatian penting karena merupakan salah satu kondisi yang dapat menyebabkan kematian ibu. Setiap tahun, di seluruh dunia, sekitar delapan juta wanita mengalami komplikasi kehamilan dan lebih dari setengahnya mengalami kematian. Di Negara maju, hanya terjadi satu kematian dari 5.000 – 10.000 wanita yang mengalami komplikasi kehamilan. Di negara berkembang, satu dari sebelas kasus komplikasi kehamilan.²⁰ Di Kabupaten Bogor, pada tahun 2010, proporsi komplikasi kebidanan yang berhasil ditangani sekitar 54,96%.² Dengan implementasi program Jampersal pada tahun 2011, proporsi penanganan komplikasi kebidanan tersebut meningkat menjadi 65,37%.³ Angka kematian ibu pada tahun 2011 (68,3 kematian per 100.000 kelahiran hidup) setelah implementasi program Jampersal, belum berubah dari AKI tahun 2010 (68,5 kematian per 100.000 kelahiran hidup).^{2,3}

Pencapaian target penurunan AKI tidak hanya tergantung pada satu program tetapi juga membutuhkan kerja sama lintas sektor. Negara Srilanka memperlihatkan contoh kerja sama yang baik antara sektor kesehatan dan nonkesehatan dalam menurunkan AKI. Pada tahun 2010, AKI di Srilanka adalah 39 per 100.000 kelahiran hidup, kemudian mengalami penurunan lebih dari 50% dari tahun 1990 menjadi 91 per 100.000 kelahiran hidup. Keberhasilan tersebut terjadi karena kebijakan pembiayaan kesehatan murah dan pro pada rakyat miskin yang dijalankan dengan penuh komitmen dan konsisten. Dalam upaya pencapaian program, dilakukan kerja sama dengan sektor nonkesehatan, meliputi pendidikan dan keuangan. Pemerintah Srilanka memberikan pendidikan gratis kepada seluruh warga tanpa kecuali hingga tingkat universitas. Hal ini sangat membantu menunda usia pernikahan dan kehamilan pada remaja. Dengan tingkat pendidikan masyarakat yang tinggi,

khususnya wanita, akses terhadap informasi kesehatan dari media semakin meningkat, sehingga meningkatkan kesadaran tentang kesehatan. Di sektor keuangan, pemerintah memberikan pelayanan kesehatan gratis dan meningkatkan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan dengan membangun infrastruktur, menyediakan transportasi murah, dan optimalisasi sistem surveilans. Pemantauan kesehatan ibu hamil dilakukan secara nasional dengan memberikan *mother's card*. Pada kartu ini tersimpan catatan kunjungan ANC dan dilengkapi dengan catatan tekanan darah dan hasil laboratorium urin tentang albuminuria.²¹

Di Kabupaten Bogor, cakupan Jampersal berbeda secara signifikan antara wilayah pembangunan barat dan tengah ($p = 0,011$; 95% CI = 3,12 – 29,60). Tiga dari tiga belas kecamatan (23%) di wilayah barat memiliki cakupan Jampersal yang rendah. Sementara, di wilayah pembangunan tengah, 16 dari 20 kecamatan (80%) mempunyai cakupan yang rendah. Cakupan Jampersal pelayanan persalinan di wilayah tengah yang rendah tersebut dapat disebabkan kurangnya sosialisasi sehingga keterpaparan masyarakat terhadap program tersebut rendah. Seluruh elemen masyarakat dan pemerintah berperan dalam sosialisasi program. Kader adalah salah satu kelompok yang paling dekat dengan masyarakat dan mengetahui kondisi kesehatan masyarakat. Secara umum, rata-rata jumlah kader di setiap kecamatan di wilayah pembangunan tengah adalah 538 kader. Angka ini merupakan yang tertinggi. Dengan jumlah tersebut, setiap kader dapat mengawasi secara intensif enam ibu bersalin. Rasio yang tidak jauh berbeda dengan wilayah barat, yaitu 1 : 6,7.³ Rasio kader dan sasaran di wilayah tengah yang rendah tersebut ternyata tidak meningkatkan informasi terkait dengan Jampersal kepada masyarakat. Hal tersebut berbeda dengan hasil temuan studi evaluasi Jampersal di lima kabupaten kota di Indonesia bahwa sumber informan yang efektif dalam sosialisasi Jampersal adalah kader.⁹

Program Jampersal bertujuan menghilangkan hambatan finansial proses persalinan pada tenaga kesehatan kompeten. Oleh sebab itu, sosialisasi program difokuskan pada kelompok tingkat sosial ekonomi rendah. Sekitar 31,6% masyarakat miskin Kabupaten Bogor berada di wilayah pembangunan tengah. Jumlah ini lebih rendah dari kelompok miskin di wilayah pembangunan barat (41,23%). Semakin sedikit masyarakat miskin di suatu wilayah maka kebutuhan jaminan pembiayaan kesehatan khususnya persalinan juga semakin kecil karena mereka mempunyai kemampuan finansial untuk membayar secara *out-of-pocket* ataupun sudah mempunyai jaminan/asuransi. Kemampuan ekonomi berkorelasi positif dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan maternal karena berhubungan dengan biaya konsultasi, obat, dan transportasi.²² Banyak studi yang menyatakan bahwa

status ekonomi keluarga memengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Sehubungan dengan pemilihan tempat persalinan, terdapat hubungan positif yang signifikan bahwa pada kelompok yang berkemampuan ekonomi baik memilih tempat persalinan di pelayanan kesehatan.²³ Sementara, di Ghana, kelompok miskin melakukan persalinan di pelayanan kesehatan. Sedangkan kelompok yang ekonomi menengah tidak hanya melakukan persalinan di pelayanan kesehatan tetapi juga melakukan pemeriksaan ANC.²²

Salah satu syarat mengikuti program Jampersal adalah tidak mempunyai jaminan atau asuransi dari pihak manapun. Wilayah pembangunan tengah mempunyai cakupan kepemilikan asuransi kesehatan keluarga miskin (Askeskin) atau Jamkesmas masyarakat miskin yang tertinggi di Kabupaten Bogor (79,93%). Cakupan Jampersal di wilayah pembangunan tengah yang rendah disebabkan oleh sebagian besar sasaran sudah tercover jaminan/asuransi yang lain. Seperti di Rwanda, reformasi pembiayaan kesehatan telah dimulai sejak tahun 1996, pemerintah membuat kebijakan terkait asuransi kesehatan mikro (*mutuelles*), pembiayaan berdasarkan *performance* (*performance-based financing*), dan desentralisasi keuangan. Pada periode 2000-2007, program ini mampu meningkatkan angka persalinan tenaga kesehatan dari 27% menjadi 52%. Pada kelompok miskin, peningkatan angka persalinan oleh tenaga kesehatan tersebut meningkat sangat tajam dari 12,1% ke 42,7%. Dengan jaminan kesehatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh kelompok miskin dua kali lebih tinggi daripada kelompok yang tidak mendapatkan jaminan ini.²⁴ Program Jampersal akan memberikan manfaat yang paling besar pada kelompok miskin. Namun, data yang digunakan dalam penelitian ini tidak mencakup karakteristik pengguna program berdasarkan sosial ekonomi ataupun variabel berdasarkan sampel.

Kesimpulan

Pemanfaatan program Jampersal untuk seluruh pelayanan berada pada kisaran 2,67% hingga 12,56% dengan penggunaan tertinggi adalah pelayanan persalinan. Cakupan Jampersal tersebut tidak merata, wilayah pembangunan tengah merupakan yang terendah sementara yang tertinggi adalah wilayah pembangunan barat. Secara statistik perbedaan tersebut bermakna. Perbedaan cakupan tersebut terjadi disebabkan perbedaan intensitas sosialisasi program Jampersal oleh petugas kesehatan dan elemen masyarakat yang meliputi tokoh agama, kader, tokoh masyarakat, dan lain-lain. Sosialisasi merupakan elemen yang penting untuk meningkatkan pengenalan sasaran terhadap program. Selain itu, perbedaan cakupan Jampersal dapat juga disebabkan oleh perbedaan

cakupan jaminan kesehatan yang lain seperti Jamkesmas, Askeskin, Jamkesda, ataupun asuransi swasta. Masyarakat yang sudah mempunyai jaminan kesehatan menjadi tidak layak mengikuti program Jampersal.

Saran

Untuk meningkatkan cakupan penggunaan program perlu dilakukan secara masif sosialisasi yang intensif di seluruh Kabupaten Bogor dengan melibatkan kader, tokoh masyarakat, dan tenaga kesehatan yang meliputi bidan, dokter, dan petugas kesehatan lain. Sosialisasi perlu difokuskan pada kelompok sasaran yang berada dalam kategori miskin dan belum mempunyai jaminan/asuransi agar dampak/manfaat program Jampersal ini menjadi lebih optimal.

Daftar Pustaka

1. Hernawati I. Analisis kematian ibu di Indonesia tahun 2010 Berdasarkan Data SDKI, Riskeddas dan Laporan Rutin KIA [cited 2012 Apr 15]. Available from: www.kesehatanibu.depkes.go.id/.../download.php?
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor. Profil kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2010. Bogor: Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor; 2011.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor. Profil kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2011. Bogor: Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor; 2012.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor. Laporan bulanan sekski KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 2011-2012. Bogor: Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor; 2012.
5. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006; 368(9543):1284-99.
6. Douangvichit D, Liabsuetrakul T, McNeil E. Health care expenditure for hospital-based delivery care in Lao PDR. *Bio-Medical Center Research Notes* 2012. 2012; 5(30).
7. Agha S. Changes in the proportion of facility-based deliveries and related maternal health services among the poor in rural Jhang, Pakistan: results from a demand-side financing intervention. *International Journal for Equity in Health*. 2011; 10:57.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2562/Menkes/Per/XII/2011 Tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
9. Rachmawati T. Studi evaluatif: implementasi jampersal di 14 kabupaten. Jakarta: Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2012.
10. Trisnantoro L, Riyarto S, Tudiono. Monitoring pelaksanaan kebijakan BOK dan jampersal di DIY, Papua dan NTT. Yogyakarta: Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada dan United Nation Fund for Population Activities; 2012.
11. Azkha N. Pelaksanaan jampersal di Provinsi Sumatera Barat. *Forum Nasional II: Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2011 Sept 28 -29; Makassar, Indonesia. Makassar: FK UNHAS; 2011.
12. Graham WJ, Fitzmaurice AE, Bell JS, Cairns JA. The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*. 2004; 363(9402): 23-7.

13. Shiffmann J. Generating political will for safe motherhood in Indonesia. *Social Science & Medicine*. 2003; 56 (6): 1197-207.
14. Sidney K, Diwan V, El-Khatib Z, de Costa A. India's JSY cash transfer program for maternal health: Who participates and who doesn't – a report from Ujjain district. *Reproductive Health*. 2012; 9: 2.
15. Abuya T, Njuki R, Warren CE, Okal J, Obare F, Kanya L, et al. A policy analysis of the implementation of a reproductive health vouchers program in Kenya. *BMC Public Health*. 2012; 12: 540.
16. Agha S. Impact of a maternal health voucher scheme on institutional delivery among low income women in Pakistan. *Reproductive Health*. 2011; 8: 10.
17. United Nation Fund for People Activities dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Hasil Kajian Pelaksanaan Program Jampersal Di 6 Kabupaten (*A Working Document*). Jakarta: United Nation Fund for People Activities dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
18. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Data Kesehatan Indonesia Tahun 2011. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012.
19. Acuin CS, Khor GL, Liabsuetrakul T, Achadi EL, Htay TT, Firestone R, et al. Maternal, neonatal, and child health in South East Asia: towards greater regional collaboration. *Lancet*. 2011; 377(9764): 516-25.
20. Lewis G. Beyond the Numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy. *British Medical Bulletin*. 2003; 67(1):27-37.
21. Senanayake H, Goonewardene M, Ranatunga A, Hattotuwa R, Amarasekera S, Amarasinghe I. Achieving millenium development goals 4 and 5 in Srilangka. *British Journal Obstetrics and Gynaecology*. 2011; 118 (Suppl s2): 78-87.
22. Abor PA, Abekah-Nkrumah G, Sakyi K, Adjasi CKD, Abor J. The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Ghana. *International Journal of Social Economics*. 2011; 38(7): 628-48.
23. Celik Y, Hotchkiss DR. The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social Science and Medicine*. 2000; 50(12): 1797-806.
24. Sekabaraga C, Diop F, Soucat A. Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda. *Health Policy and Planning*. 2011; 26: ii52–ii62.