

Kepuasan Bidan Desa dalam Pelayanan Persalinan Normal pada Implementasi Kebijakan Jaminan Persalinan

Midwives Satisfaction on Normal Delivery Care at Maternal Delivery Insurance Policy Implementation

Arih Diyaning Intiasari, Arif Kurniawan, Endang Triyanto

Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto

Abstrak

Klaim persalinan yang rendah mengindikasikan ketidakpuasan bidan pada implementasi kebijakan jaminan persalinan (Jampersal) di Kabupaten Purbalingga. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi penyebab ketidakpuasan bidan dan hambatan implementasi kebijakan Jampersal di tingkat pelaksana. Penelitian deskriptif dengan desain studi kasus ini melakukan pengumpulan data kualitatif pada periode Maret – Juli 2012 terhadap informan empat bidan pegawai negeri sipil (PNS) dan empat bidan pegawai tidak tetap (PTT). Ditemukan ketidakpuasan bidan dan hambatan pelaksanaan kebijakan Jampersal tahun 2012, meliputi; besaran, pemotongan, dan lama klaim persalinan, penghapusan klaim persalinan komplikasi yang dirujuk, persaingan tidak sehat, dan proses administrasi. Ketidakpuasan bidan dan hambatan implementasi kebijakan Jampersal memerlukan kerja sama kalangan *stakeholder* untuk berkoordinasi secara mendalam untuk implementasi kebijakan Jampersal yang lebih baik pada masa mendatang.

Kata kunci: Jaminan persalinan, kepuasan bidan, persalinan normal

Abstract

The low service reimbursement indicates midwife unsatisfaction on policy implementation of delivery insurance in Purbalingga District. The objective of this study was to explore several cause factors of and to know the barrier problem on delivery insurance policy implementation at the ground level. This descriptive case study used qualitative data that collected in period March – July 2012. The Informants of this research include four civil servant midwives and four non civil servant midwives. This research found six factors causes midwives unsatisfaction at Jampersal policy implementation in 2012 include reimbursement payment reduction, amount of service reimbursement; delivery service complication referral payment; unfair competition practice; long time waiting for the reimbursement payment; delivery service reimbursement administration process. The midwife unsatisfaction and the delivery insurance policy implementation barrier need

collaboration among stakeholders to deeply coordination for better delivery insurance policy implementation in the future.

Keywords: Delivery insurance, midwife satisfaction, normal delivery

Pendahuluan

Di Kabupaten Purbalingga, pada awal tahun 2011, kebijakan jaminan persalinan (Jampersal) disosialisasikan pada bidan desa yang merupakan ujung tombak tenaga pelaksana dan diimplementasikan, sejak 1 Juni 2011. Namun, di lapangan ditemukan bahwa masyarakat tidak mengetahui keberadaan kebijakan Jampersal dan sampai minggu ketiga bulan Oktober 2011, tidak ada klaim pelayanan persalinan Jampersal oleh bidan Purbalingga. Kemungkinan ada resistensi bidan desa terhadap kebijakan Jampersal yang mengakibatkan mereka enggan melaporkan klaim persalinan sebagai bagian dari Jampersal. Penyebab ketidakpuasan antara lain tarif persalinan normal pada pasien yang mendapatkan Jampersal sangat rendah, jauh dari tarif yang biasa mereka tetapkan.

Analisis unit biaya operasional pelayanan persalinan normal oleh bidan desa di Kabupaten Purbalingga menemukan biaya sekitar Rp180.000. Sedangkan, klaim persalinan normal oleh bidan desa pada kebijakan Jampersal adalah Rp350.000. Dengan demikian, biaya yang diberikan oleh skema Jampersal kepada bidan desa untuk menangani persalinan normal telah lebih dari cukup.¹ Resistensi bidan desa di Kabupaten Purbalingga

Alamat Korespondensi: Arih Diyaning Intiasari, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Univ. Jenderal Soedirman Gd. B, Jl. Dr. Soeparno Karangwangkal Purwokerto, Hp. 081327416601, e-mail: arih_diyani@yahoo.com

mungkin disebabkan oleh faktor lain yang memengaruhi kinerja provider pelayanan kesehatan meliputi kemampuan, pengalaman, pembelajaran, insentif dan persepsi beban kerja.² Penelitian ini bertujuan mengkaji kepuasan bidan desa pada penyelenggaraan pelayanan persalinan normal untuk dijadikan dasar pertimbangan memperkuat implementasi kebijakan Jampersal oleh pemerintah kabupaten.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian observasional deskriptif dengan rancangan studi kasus yang menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Purbalingga dengan pertimbangan telah dilakukan penelitian terdahulu tentang analisis biaya satuan pelayanan Jampersal oleh bidan desa. Instrumen yang dipergunakan adalah panduan wawancara mendalam dengan 3 domain konsep, meliputi kepuasan bidan terhadap implementasi, dan hambatan yang dihadapi bidan. Lokasi penelitian dipusatkan di dua kecamatan di Kabupaten Purbalingga dengan jumlah klaim paling sedikit, meliputi Kecamatan Karang Jambu dan Kecamatan Karangreja. Jumlah Informan adalah enam informan bidan pelaksana yang meliputi empat bidan berstatus pegawai tidak tetap (PTT) dan dua bidan berstatus pegawai negeri sipil (PNS).

Hasil

Kepuasan Bidan Desa

Menurut bidan, kebijakan Jampersal mengatasi permasalahan keengganan ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan mendorong ibu lebih rajin memeriksakan kehamilan, memberikan kemudahan pembiayaan pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Biasanya ibu hamil hanya memeriksakan kehamilan saat pertama (K1), sedangkan kunjungan berikutnya cenderung terhenti. Bidan merasakan secara profesional puas terhadap peningkatan kinerja cakupan kunjungan pertama hingga keempat (K1 – K4) dan pertolongan persalinan tenaga kesehatan.

“Iya, ampe sekarang sih he eh...puas ya. Karena apa? Selain itu juga membantu saya Mba. Dulu kan sebelum ada Jampersal, untuk ibu hamil yang pertama biasanya rajin, tapi yang kedua, ketiga biasanya agak malas. Tapi dengan ada Jampersal, itu kan gratis ya sampe empat kali. Ya Alhamdulillah K4 nya tercapai.” (PTT1)

“...tapi sekarang masyarakat semakin ke depan semakin tahu. Jadi sekarang Alhamdulillah udah 80% udah bersalin di tenaga kesehatan.” (PTT1)

Promosi program Jampersal terus dilakukan pada masyarakat dengan berbagai acara dan pertemuan di tingkat Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) Desa, PKK rukun tetangga (RT)/rukun warga (RW), pos

pelayanan terpadu (posyandu), pelayanan kesehatan desa (PKD), dan pemberitahuan langsung dengan mendatangi secara aktif para ibu hamil dan melahirkan.

“Ada pertemuan PKK ya Mba saya mengisi tentang jampersal...trus posyanduan itu kan banyak ya Mba ibu-ibu...saya mengisi dengan tema jampersal setelah itu sambung-menyambung lah gitu Alhamdulillah dah pada tau.” (PTT1)

“Kalau untuk woro-woro tentang Jampersalnya sudah dilakukan, biasanya di kegiatan posyandu maupun kumpulan warga, terkadang juga saat pasien periksa ke PKD.” (PTT2)

“Udah tau kok Mba, biasanya saya suka woro-woro di rapat koordinasi, PKK sama kader, trus kalo pas lagi periksa juga saya promosikan, terutama yang buat ibu melahirkan nanti.” (PTT3)

“Promosi biasa dilakukan di pertemuan desa gitu si Mba, kalau secara langsung ya jarang, door to door gitu? Tapi mereka juga udah tau, paling kalau untuk bidan ya lahiran normal sama KB.” (PNS1)

“Setiap ada ibu hamil yang periksa di tempatku, ya saya sarankan secara otomatis ya disini pada ikut Jampersal. Otomatis ya kalau nanti mau melahirkan sekarang ada Jampersal pemeriksaan kehamilan di-biaya pemerintah 4 kali gratis. Persalinan normal itu gratis dan tidak ada tambahan biaya apa pun, terus misalnya sampai ke rumah sakit juga masih ditanggung oleh Jampersal seperti itu promosinya, tapi dengan syarat bersalinnya di fasilitas kesehatan dan dengan tenaga kesehatan.” (PNS2)

Pada tahun 2012, biaya persalinan dalam skema Jampersal dinaikkan dari Rp350.000 menjadi Rp500.000, sebagai respons pemerintah terhadap ketidakpuasan bidan desa pada jumlah pengganti biaya persalinan bidan di desa yang rendah.

“Ya, dulu mungkin karena 350 ribu ya mungkin karena banyak saran lah kenapa cuma segitu, jadi di 2012 dinaikkan jadi 500 ribu. Ya alhamdulillah dengan 500 ribu ya sudah dapat menutupi.” (PTT1)

“Kalau tentang kepuasan ya lumayan Mba...terutama untuk klaim persalinan normal, dulu cuma 350, sekarang mending jadi 500.” (PTT2)

Pemerintah terus berupaya dalam perbaikan implementasi kebijakan Jampersal, kenaikan secara berkala dilakukan secara bertahap untuk mendapatkan kepuasan bidan dalam hal penyesuaian tarif pelayanan.

Ketidakpuasan Bidan Desa

Jumlah pembayaran yang diterima bidan desa tidak Rp500.000, tetapi untuk persalinan pada jam kerja, dipotong 25% sehingga jumlah yang diterimakan adalah Rp375.000. Klaim persalinan diberikan pada persalinan di luar jam kerja. Pemotongan tersebut untuk biaya obat dinas kesehatan kota (DKK) atau pusat kesehatan

masyarakat (puskesmas). Ternyata, pada persalinan didalam dan diluar jam kerja, bidan menggunakan obat pribadi. Menurut bidan, tidak pernah ada rincian yang jelas dan transparan terhadap penggunaan pemotongan klaim persalinan tersebut.

“Bunyinya iya dapet 500 ribu, tapi sampe ditangan ya gak segitu Mba, itu ada potongan macem-macem. Dua puluh lima persen dipotong pas partus jam kerja (08.00 – 14.00) tapi kalau yang di luar jam kerja kita dapet penuh 500 ribu. Bedanya, kalau untuk klaim jam kerja itu dapet bantuan berupa obat-obatan dengan potongan 25% tadi tapi kalau yang di luar jam kerja tanpa bantuan tanpa potongan. Kalau saya sih lebih mending milih partus di luar jam kerja Mba. Dari pusat juga gak dijelaskan 25% itu untuk apa aja, cuma bunyinya buat biaya ganti obat gitu Mba.” (PTT2)

Selain itu, para bidan masih dikenakan tambahan potongan 15% untuk “uang terima kasih” pada kepala puskesmas dan bendahara yang mengurus kelancaran klaim Jampersal. Potongan yang di luar kesepakatan tersebut mengecewakan bidan.

“Potongannya 25% buat pengganti obat, itu buat yang partus jam kerja, tapi di luar jam kerja gak ada potongan. Tambah lagi 15%, katanya si ya buat bagian kepala puskesmas sama bendahara, uang terima kasih atau apa, tapi gak jelas juga reng-rengan perinciannya. Agak gimana si ya Mba, lah pasien dateng ke kita, melek dari jam 1 malem tapi partus baru jam 9 pagi, kita yang buang kotorannya ini itu, eh mereka yang gak ngapain dapet bagian, ya mandan mbedegel hehehe. Untuk kesepakatan potongan ada Mba, tapi di luar yang 15% itu, kita ngeluarin 10 ribu itung-itung ya buat biaya bolak-balik mereka yang ngurus, kalo itu si gak masalah lah, tapi yang 15% tadi itu mba.” (PTT3)

Ada bidan yang masih mengeluarkan dana tambahan untuk membayar jasa pengurusan legalisasi dan fotokopi persyaratan pengajuan klaim sebesar Rp10.000.

“...kita ngeluarin 10 ribu itung-itung ya buat biaya bolak-balik mereka yang ngurus, kalo itu si gak masalah lah...” (PTT3)

Selain itu, ada bidan yang memberikan uang kepada dukun bayi yang mengantarkan ibu hamil untuk bersalin pada bidan, sebagai pernyataan terima kasih. Budaya masyarakat untuk bersalin pada dukun bayi masih sangat kuat dan hal tersebut tidak diakomodasi dalam kebijakan Jampersal.

“Dari 500 yang didapat trus dipotong tadi, kita harus ngeluarin juga mba, buat dukun. Di sini masyarakatnya masih seneng ke dukun si, kita ya susah jadinya... Mereka ya Mba (dukun) harus oprak-oprak biar partus pasien di bidan, lah iya masa kita gak ngasih persenan ke mereka, jumlahnya ya gak tentu Mba, tapi ya ada lah anggaran buat yang kayak itu, mana Jampersal mau tau?” (PNS1)

Ada bidan yang tidak memperlmasalahkan pemotongan tersebut asalkan dirincian secara transparan.

“...Kalau untuk potongan di sini ya paling 25% untuk obat (partus saat jam kerja) sama uang terima kasih gak usah diitung lah ya Mba, sodakoh, tapi kalo bidan pelit ya 10 ribu masih diungkit-ungkit, jadi gak usah dimasukin aja Mba yang 10 ribu ini ya (merahasiakan).” (PNS2)

Ada juga bidan yang mengeluhkan jumlah klaim pembayaran untuk pelayanan persalinan pada Jampersal. Mereka menganggap jumlah yang mereka terima lebih rendah daripada tarif persalinan yang mereka gunakan selama ini, untuk bidan PTT berada pada kisaran Rp400.000 – Rp600.000, dan untuk bidan PNS berkisar antara Rp350.000 – Rp800.000.

“Duitnya Mba hehehe. Untuk tarif persalinan normal misalnya, kita cuma dapet 500 ribu, ya kalau tanpa potongan bulet segitu si gakpapa, tapi kalo sama potongan ya berat ya Mba, paling gak nambah jadi 600 ribu lah.” (PTT2)

Menurut bidan, untuk persalinan normal, penggantian Rp500.000 dirasakan tidak sesuai dengan tarif pelayanan yang biasa mereka gunakan. Tarif yang biasa digunakan berada pada kisaran Rp600.000 sampai Rp1.000.000. Hal ini menimbulkan ketidakpuasan bidan dalam variabel finansial terutama yang berkaitan dengan jumlah klaim untuk persalinan normal. Bidan mengharapkan jumlah klaim dapat dinaikkan sehingga akan sesuai dengan tarif umum diluar Jampersal. Peningkatan jumlah klaim nantinya diharapkan dapat meningkatkan komitmen bidan dalam melaksanakan tugasnya melayani pasien Jampersal. Selain itu, ketidakpuasan pada pelayanan rujukan komplikasi ibu setelah melahirkan yang harus dirujuk tidak dapat diajukan klaim, karena dianggap persalinan risiko tinggi yang berhak diklaim oleh rumah sakit rujukan.

“Ada lagi Mba, yang tentang rujukan komplikasi, misal ada yang mau partus trus ada perdarahan, kan ya kita urusi pasiennya ini itu di sini, dikasih obat, mana mungkin dibiarin jor klowor gitu aja, tapi nanti dirujuk ya kita gak dapet apa-apa Mba, gak diitung persalinan si.” (PNS1)

Skema Jampersal yang membebaskan masyarakat memilih bidan yang melayani pemeriksaan kehamilan dan persalinan. Beberapa bidan berusaha mencari pasien sebanyak mungkin dengan mendiskreditkan bidan lain.

“Jelas Mba, Jampersal ya menimbulkan persaingan, dengan Jampersal kan otomatis masyarakat bebas biaya, mereka bebas milih bidan mana aja, kadang bidan juga ada yang rese si Mba, namanya juga manusia kali, dia bilang lah aja babaran nang kono, mengko di rujuk ini itu, istilahnya ya dijelek-jelekin Mba, ya itu si ada bidan yang kayak gitu, gak semua.” (PNS1)

Kebijakan ini memacu bidan memberikan pelayanan

yang baik sehingga kompetisi lebih kepada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan yang meliputi ketepatan, kecepatan, keramahan, dan kenyamanan. Untuk mengeliminasi kompetisi yang tidak sehat perlu pendekatan kelembagaan dengan memberikan sanksi yang tegas dan kesepakatan etik melalui organisasi profesi seperti Ikatan Bidan Indonesia (IBI).

Ketidakpuasan bidan muncul akibat budaya penerimaan *fee for services* atau *out of pocket* yang sudah lama dalam sistem pembayaran *provider* pelayanan kesehatan di Indonesia. Bidan merasa lebih puas ketika menerima pembayaran secara langsung dari pasien yang bersalin daripada harus menunggu klaim persalinan Jampersal yang lama dan harus disertai dengan pengurusan beberapa persyaratan.

“Kalau dari kepuasan pembayaran...umum kan cepet langsung bayar kalau yang sekarang Jampersal kan harus menunggu klaimnya cairnya lama jadi harus pakai uang sendiri dulu. lah di sini sudah ga ada duit...” (PTT4)

Keluhan juga ditemukan pada persyaratan pengajuan klaim pelayanan yang rumit. Semua bidan memahami semua persyaratan yang diperlukan seperti fotokopi identitas diri ibu, buku kesehatan ibu dan anak (KIA), lembar verifikator atau lembar pemantauan (partograf) yang telah terisi. Klaim diajukan setiap menjelang akhir bulan secara kolektif dibawah koordinator puskesmas. Klaim yang tidak benar atau tidak lengkap dikembalikan untuk segera disempurnakan.

“Untuk masalah ribet enggakya ya dapat dibilang ribet. Kalau biasanya tanpa Jampersal pasien periksa atau melahirkan, selesai, langsung bayar, sekarang harus ngurus ini itu. Dokumennya ya ada fotokopi identitas, buku KIA, lembar verifikator. Belum juga kalau syaratnya ada yang kurang, nanti dikembalikan lagi trus diurus lagi. Kalau untuk yang dulu-dulu si gak ada penundaan Mba, tapi kemarin sempet tertunda 1 bulan, itu juga gak tau kenapa, katanya belum cair gitu, kita kan tinggal tunggu sms, kalau udah cair baru ke puskesmas.” (PTT2)

“Fotokopi KTP istri syukur-syukur si ada suami, fotokopi KTP istri saja cukup ditambah fotokopi suami lebih bagus kemudian partograf berarti lembar perkembangan/pemantauan persalinan yang ditandatangani oleh yang bersalin dan penolong persalinan, terus rekap persalinan selama 1 bulan berapa, tulis ada blangkonya, terus yang di depan sendiri itu lembar verifikasi lengkap apa tidak persyaratannya, itu thok udah. Kalau dulu ada buku KIA di fotokopi yang lembar berapa, banyak banget kalau tahun 2011, tapi kalau tahun 2012 si sudah disederhanakan berarti cuma tiga thok persyaratannya jadi lebih enak, gampang.” (PNS1)

“Kalau dulu si sebenarnya enggak susah, cuma banyak difotokopi buku KIAnya akhirnya kan sok lama

banget bidan karena kan fotokopi ini itu, kalau sekarang enggak.” (PNS2)

Namun, para bidan mengeluhkan penggantian biaya pelayanan yang terlalu lama, karena dana tersebut akan digunakan untuk menutupi biaya pelayanan yang sudah diberikan, meliputi obat dan bahan habis pakai.

“Untuk masalah penundaan pencairan juga Mba, kita kan butuh beli obat, infus dan sebagainya, lha duitnya aja macet, gimana mau beli. Kalau istilahnya dagang kan kita kulak dulu pakai uang sendiri, baru diganti. Semisal saya utang dulu ke bank untuk beli obat sama keperluan lain, trus klaim tertunda 1 atau 2 bulan baru cair, padahal utang di bank sudah berbunga, apa ya itung-itungan Jampersal sampe ke arah situ, ya gak tho mereka taunya jumlah klaim ya segitu, tanpa ada biaya apa-apa lagi, itu semisal lho ya Mba.” (PNS1)

Sebagian bidan dapat memahami penyebab keterlambatan pencairan klaim Jampersal. Tidak dapat dipungkiri bahwa kebijakan Jampersal banyak mendorong angka pemeriksaan kehamilan dan persalinan tenaga kesehatan.

“Kalau ada telat telat ya wajarlah...ya enggak papa hehehe...nggak papa wong memang karena dananya sudah minim. Dananya minim karena ternyata banyak persalinan di luar kuota jadi akhirnya menunggu sampai keluar lagi baru dicairkan, ya enggak papa...Diklaimkan, pake KTP, lembar pemantauan persalinan, rekap persalinan dikumpulkan ke puskesmas tiap akhir bulan, lalu puskesmas nanti laporan ke DKK. Di DKK baru diverifikasi betul apa enggak, kadang ada kesalahan ya kembali lagi ke puskesmas, dibetulkan baru kesana, kalau udah acc baru cair.” (PNS2)

Hambatan

Beberapa wilayah di Kabupaten Purbalingga merupakan kantong persalinan dukun bayi. Berbagai cerita tentang persalinan tenaga kesehatan tampaknya lebih mendukung persalinan pada dukun bayi. Persalinan tenaga kesehatan hampir dapat dipastikan selalu disertai jahitan akibat robek jalan lahir, sebaliknya persalinan dengan dukun bayi relatif lebih lancar dan aman tanpa sakit yang lama.

“Di tempatku masih ada yang bersalin di dukun. Mungkin kaya tadi malem juga itu mungkin dia ingin, tapi karena ngabarannya telat ya akhirnya seperti itu, kalau dari bulan Januari si seperti itu kasusnya ga ada yang nguja. Eh ada satu bulan April dengan dukun murni malah, wong lahir malem, jam setengah sembilan aku ke sana pagi, lahir dua kilogram jadi prematur. Itu anak pertama tapi Ibu pendiem jadi enggak tau mau lahiran, memang kalau prematur cepet banget prosesnya. Cuma katanya si dari isya dari jam tujuh bengkak sudah mules-mules, ternyata setengah sembilan sudah lahir, jadi cuma sama dukun thok lahirnya juga cuma

dua kilogram, cepet umum.” (PNS2)

Kebijakan Jampersal yang tidak membatasi pelayanan pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan nifas pada bidan tertentu, menawarkan akses pelayanan persalinan tenaga profesional yang aman. Oleh sebab itu, dapat terjadi seorang ibu hamil melakukan kunjungan untuk pemeriksaan pelayanan antenatal pada bidan tertentu dan bersalin pada bidan yang lain. Ada keengganan bidan mengajukan klaim untuk pelayanan antenatal K1 – K4 karena enggan mengurus persyaratan pengajuan klaim untuk pembayaran yang tergolong kecil.

“Kalau persalinan cuma kadang-kadang ngeklaimnya itu yang lama misalnya kaya kemarin persalinan bulan April baru dapat cair bulan Juni. Ga ada yang ngurus khusus Jampersal sendiri si...ya itu paling, kan kadang ada yang periksa kehamilan dengan saya tapi persalinannya ke bidan yang lain jadi saya ga dapat ngeklaim. Kalau pelayanan antenatal saja ya dapat diklaim, tapi aku males ndadak mintain KTP, ya akhirnya nggak aku klaim, ya boleh, tapi saya mau minta KTP saja sudah ga enak terus dapet cuma seberapa 10.000/pemeriksaan kalau dulu, kalau sekarang 20.000.” (PTT3)

Kondisi tersebut tidak terjadi pada banyak kasus, tetapi perlu dicarikan pemecahan. Ada kemungkinan ibu melahirkan di tempat lain bahkan di luar kota mengingat mobilitas penduduk yang sangat tinggi. Perlu sosialisasi dari koordinator bidan untuk menyepakati aturan main yang mempermudah klaim pelayanan Jampersal, seperti melihat kartu keterangan penduduk ketika melakukan kunjungan periksa hamil K1 – K4.

Hambatan pada pelayanan nifas pascapersalinan normal adalah alat kontrasepsi dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang tidak selalu tersedia tepat waktu.

“Untuk kontrasepsi...dari BKKBN memang turunnya telat ya, memang perlu proses si dari pusat, ke kabupaten terus kesini memang perlu waktu tapi nggak sampai dua bulan paling lima puluh hari.” (PNS2)

“Akeh sing pada ora gelem KB kan dulu, kalau sekarang dengan adanya Jampersal KB gratis jadi pada mau. kalau suntik kan pakai obat kita kalau susuk kan harus nunggu turun dari sananya, pasien otomatis tertunda tidak dilayani, ya harus menunggu sampai alat kontrasepsi itu ada. Harapan dari pelayanan KB semua dipenuhi, obat-obatan ditambah, ditambah anu jasa... ehehehe udah lah saya tah ngomongnya gitu aja. Saya kan tadi udah ngomong puas. ya puas lah.” (PTT4)

Umumnya, masyarakat kenggan bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi mereka selalu ingin mendapatkan jaminan dari Jampersal. Mereka tidak memahami alasan yang mengharuskan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan untuk menurunkan risiko kematian ibu dan bayi di pemukiman yang tidak terjamin sterilitasnya.

“Kalau di masyarakat itu keberatannya kalau dapat lahiran di rumah ikut Jampersal inginnya di rumah itu ikut Jampersal, tapi kalau sekarang kan lahiran di rumah. Rumahnya bukan rumah sehat kan kemungkinan ada risiko infeksi. Dapat juga karena jauh dari jalan raya, misal ada sesuatu kan sulit untuk merujuk kalau bersalin di rumah. Jadi, pemerintah memberi kebijakan seperti itu harus di fasilitas kesehatan. Memang karena sekarang semua persalinan (Jamkesmas, Jampersal) itu harus di fasilitas kesehatan.” (PNS2)

Selain itu, di beberapa wilayah ada kesulitan mengakses fasilitas pelayanan kesehatan akibat hambatan sarana transportasi. Warga khawatir persalinan terjadi diperjalanan sehingga merasa lebih aman bersalin dengan bantuan dukun bayi yang dapat dipanggil ke rumah.

“...Kendalanya itu apa yaa?...medan...Kalo medannya jauh...Jingkang kan Medannya kaya gitu ya ada yang takut...mbok kebrojolan di jalan...satu dua masih ada yang bersalin dengan dukun dengan kendala itu...Alhamdulillah kemaren sih udah ada yang mau ditandu.” (PTT1)

Pembahasan

Masyarakat di beberapa daerah di Jawa Barat cenderung menggunakan pelayanan dukun bayi yang relatif lebih murah sehingga kebijakan Jampersal yang menjamin biaya pelayanan tenaga kesehatan profesional meliputi biaya transportasi dan jasa pelayanan meningkatkan akses pelayanan periksa hamil, bersalin dan periksa nifas di fasilitas pelayanan kesehatan.^{2,3} Di Pakistan, jaminan pembiayaan pelayanan maternal meningkatkan jumlah persalinan tenaga kesehatan sekitar 22%, pemeriksaan antenatal sekitar 22% dan pemeriksaan nifas sekitar 35%.⁴ Di Kamboja, pada periode 2006 – 2008, jaminan persalinan kesehatan meningkatkan persalinan normal oleh tenaga kesehatan dari 16,3% menjadi 44,9%.⁵ Di Vietnam, sekitar 60% anggota masyarakat sektor informal yang tanpa jaminan asuransi kesehatan lebih memilih jasa pelayanan praktik dokter swasta daripada fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, sekitar 31% memilih berobat sendiri.⁶

Akses pelayanan kesehatan antara lain dipengaruhi biaya pemilihan kepala daerah yang tinggi, prioritas kesehatan yang rendah, disparitas fasilitas pelayanan kesehatan, kepemimpinan sektor kesehatan yang rendah, serta kemiskinan.⁷ Upaya perluasan akses masih terbatas pada penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, mengabaikan upaya pengendalian biaya kesehatan, seperti rasionalisasi penggunaan obat generik.⁸ Di perdesaan Asia Selatan, akses pelayanan kegawatdaruratan persalinan di wilayah perdesaan tergolong sangat rendah, hanya sekitar 5%, bahkan di wilayah perdesaan Afrika Sub Sahara hanya 1%, akibat biaya pelayanan yang sangat tinggi.⁹

Setiap kebijakan jaminan persalinan untuk masyarakat harus memerhatikan kepentingan bersama dan kepuasan bidan desa dan tenaga kesehatan di fasilitas rujukan.¹⁰ Implementasi kebijakan jaminan pembiayaan persalinan masyarakat perlu dukungan kesiapan petugas pelayanan kesehatan menjaga kualitas pelayanan.¹¹ Pemerintah perlu menghargai bidan di desa yang dipercaya sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Ketidakpuasan bidan antara lain terjadi akibat budaya pembayaran biaya pelayanan langsung oleh pasien yang telah berjalan sejak lama dalam sistem pembayaran petugas pelayanan kesehatan di Indonesia. Bidan lebih puas menerima pembayaran langsung dari pasien yang bersalin, daripada menunggu pembayaran klaim persalinan Jampersal yang relatif lama dan harus menyertakan beberapa persyaratan. Upaya mengubah perilaku yang telah membudaya dalam masyarakat tidak mudah. Berbagai pendekatan tentang metode pembayaran perlu disosialisasikan kepada bidan. Pendidikan kesehatan di Indonesia perlu mendapat mata kuliah asuransi kesehatan dan sistem pembayaran *provider* kesehatan.

Komitmen bidan dalam melaksanakan yang meningkat diharapkan berdampak meningkatkan kepuasan kerja dan harapan. Peningkatan gaji berdampak positif terhadap komitmen kerja yang meningkatkan kepuasan kerja bidan dan meningkatkan motivasi kerja.¹² Selain itu, berdasarkan eviden penelitian tentang tempat pelayanan yang berkualitas, insentif yang layak dipertimbangkan untuk tenaga kesehatan.¹³ Kepuasan kerja bidan yang bertanggung jawab dan mempunyai peran sosial tinggi tidak hanya diukur secara finansial. Setiap bidan perlu menyadari peran sosial yang mereka jalankan sehingga orientasi finansial tidak menjadi prioritas dominan kepuasan kerja. Penentuan unit biaya per wilayah, tarif yang sesuai dengan kondisi masyarakat dapat diwujudkan, seperti sarana transportasi rujukan dan transportasi ibu bersalin di medan yang berat.

Di beberapa daerah urban, Kabupaten Purbalingga, pelayanan dukun bayi tidak terbatas hanya pada persalinan, mereka juga berperan pada pemeriksaan kehamilan dan nifas. Di Jawa Barat, pelayanan dukun bayi digunakan pada bulan keempat dan kedelapan kehamilan dengan memijat dan menggunakan air kembang untuk mengetahui posisi bayi. Pelayanan dukun bayi pada masa nifas diberikan sampai pusar bayi tanggal dan ibu melalui masa nifas 40 hari.³ Masyarakat mengaggap pelayanan dukun bayi lebih sabar dan penuh perhatian pada pasien dibandingkan tenaga kesehatan. Di negara berkembang yang miskin, penggunaan pelayanan kesehatan maternal berhubungan dengan berbagai faktor sosioekonomi dan demografi.

Di Bolivia, sekitar 75% ibu bersalin yang dirujuk ke fasilitas kesehatan berada dalam kondisi kritis

obstetrik.¹⁴ Dukun bayi adalah istilah yang lazim di Indonesia untuk *traditional birth attendance*. Menurut *World Health Organization* (WHO), dukun bayi mendampingi ibu secara teknis selama persalinan dan dianggap mempunyai keahlian oleh masyarakat dalam menolong persalinan dan meningkatkan kemampuan untuk berbagi dengan sesama dukun bayi.⁹

Di wilayah perdesaan Tanzania, masyarakat lebih nyaman bersalin di rumah dengan pertolongan dukun bayi karena sulit mengakses fasilitas kesehatan, tidak pernah ada upaya untuk meningkatkan akses masyarakat pada fasilitas pelayanan kesehatan.¹⁵ Di Irak, ibu yang menggunakan jasa pelayanan persalinan dukun bayi adalah perempuan berpendidikan rendah pada kuantil penghasilan terendah.¹⁶ Berbagai upaya dilakukan termasuk pelatihan dukun bayi untuk mengurangi praktik pertolongan persalinan yang tidak aman. Namun, secara empiris segala bentuk pelatihan dukun bayi yang pernah dilakukan belum terbukti efektif dan berdampak menurunkan kematian ibu dan bayi.⁹ Di Ghana, penyediaan obat pencegah perdarahan dalam persalinan sangat sulit dilakukan bagi masyarakat perdesaan yang bersalin di rumah. Di Nepal, sekitar 98% kematian bayi baru lahir terjadi pada masyarakat berpenghasilan rendah dan sekitar 90% bersalin di rumah.^{17,18}

Di Iran, kaum perempuan percaya bahwa lebih baik meninggal ketika melahirkan di rumah daripada harus bersalin pada bidan ataupun di rumah sakit.¹⁹ Persepsi seperti itu dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, budaya, dan kepercayaan serta tingkat ekonomi masyarakat. Di Israel, pada kajian selama sepuluh tahun, ditemukan bahwa masyarakat perdesaan tidak sepenuhnya menggunakan pengobatan medis konvensional untuk mengatasi masalah kesehatan, mereka juga menggunakan berbagai pengobatan alternatif yang membudaya di dalam masyarakat.²⁰ Pemilihan prosedur pengobatan dan penyembuhan dipengaruhi oleh variasi budaya, politik, keyakinan, dan kekuatan sosial di dalam masyarakat. Di Bangladesh, sekitar 63% kematian bayi terjadi akibat pertolongan persalinan dan perawatan ibu dan neonatus oleh dukun bayi tradisional.²¹ Di wilayah perdesaan Kenya, sekitar 51,8% persalinan tidak ditangani oleh tenaga kesehatan, sekitar 38,6% proses persalinan dibantu oleh tetangga atau saudara, sekitar 15% persalinan dibantu oleh dukun bayi tradisional dan sekitar 11% memilih melahirkan sendiri.²²

Hanya sekitar 15% masyarakat di Laos yang bersedia bersalin di fasilitas kesehatan dengan alasan jarak ke fasilitas kesehatan, kesulitan akses dan biaya mencapai fasilitas kesehatan, sikap tenaga kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan, posisi horizontal partus, ketidaklaksanaan, tindakan episiotomi dan kehadiran petugas laki-laki pada persalinan, kehangatan keluarga, kedekatan anak-anak, dan suasana rumah. Selain itu, kecocokan

dengan metode pertolongan dukun tradisional seperti berbaring di matras perapian yang hangat, posisi melahirkan vertikal dan pijatan yang menenangkan menjadi alasan lain. Keputusan tentang tempat dan tenaga penolong persalinan tidak berada oleh sang ibu, tetapi pada para suami, ibu, dan ibu mertua.²³ Di Australia, perlu pendekatan khusus kepada komunitas untuk bersedia menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak.²⁴

Penelitian ini menemukan bahwa masyarakat tidak mengetahui secara pasti alasan untuk tidak bersalin, kemungkinan masyarakat tidak merasa bahwa budaya higiene sanitasi dan lingkungan tidak berpengaruh terhadap kesehatan. Perlu upaya promosi kesehatan yang bersinambungan melalui berbagai media dan contoh nyata. Para profesional kesehatan perlu secara sungguh-sungguh meyakinkan masyarakat untuk menggunakan pelayanan di fasilitas kesehatan.

Di Indonesia, infrastruktur masih menjadi masalah yang belum terpecahkan hingga kini. Kebijakan pembiayaan kesehatan belum diimbangi oleh kebijakan pengembangan akses sumber daya dan fisik. Kondisi geografis membutuhkan sarana transportasi jalan raya, dan alat transportasi seperti kapal, pesawat atau helikopter dan untuk beberapa wilayah pelosok juga kuda. Keadaan tersebut mengindikasikan bahwa peran dukun bayi tidak dapat diabaikan. Saat ini, kebijakan kementerian kesehatan tidak untuk mengeliminasi dukun bayi. Setiap tahun pemerintah berupaya meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan, upaya tersebut tidak terbatas pada perbaikan fisik dan bantuan finansial, tetapi juga penyediaan sumber daya bidan putra daerah dan pemberian insentif untuk tenaga kesehatan di daerah pedalaman dan perbatasan.

Kesimpulan

Kepuasan bidan desa terhadap implementasi kebijakan Jampersal di Kabupaten Purbalingga meliputi pencapaian target kinerja cakupan pelayanan K1 – K4 dan persalinan tenaga kesehatan, kenaikan jumlah klaim persalinan. Ketidakpuasan bidan meliputi ketidakpuasan terhadap pemotongan klaim persalinan, jumlah klaim pelayanan persalinan, klaim pelayanan rujukan komplikasi persalinan, praktek persaingan tidak sehat, lama pembayaran klaim persalinan dan proses administrasi klaim persalinan. Hambatan bidan dalam pelaksanaan kebijakan Jampersal di Kabupaten Purbalingga meliputi kepercayaan pada persalinan dukun bayi, keengganan bidan melakukan klaim pelayanan antenatal tanpa persalinan, kebiasaan masyarakat bersalin di rumah, dan lokasi pemukiman yang sulit dijangkau.

Saran

Perlu kajian unit biaya pelayanan secara cermat

menggunakan tenaga independen atau tenaga akademis untuk meninjau biaya pelayanan di setiap tingkatan rujukan. Kepada tenaga kesehatan khususnya bidan perlu diperkenalkan berbagai metode pembayaran. Mata kuliah asuransi kesehatan dan sistem pembayaran provider kesehatan perlu dimasukkan dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan.

Daftar Pustaka

1. Intiasari AD, Kurniawan A. Analisis unit cost persalinan normal oleh bidan desa dalam implementasi kebijakan jampersal di Kabupaten Purbalingga. Purwokerto: Universitas Jenderal Soedirman; 2011.
2. Setiawan W. Beberapa faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Tasikmalaya [tesis]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2007.
3. Titaley CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services: qualitative study of community members perspective in Garut, Sukabumi and Ciamis District of West Java Province Indonesia. *British Medical Council Pregnancy and Childbirth* [serial on internet]. 2010; 10: 61 [cited 2011 Dec 5]. Available From : <http://www.biomedcentral.com/1471-2395/10/61>
4. Agha S. Impact of maternal health voucher scheme on institutional delivery among low income women in Pakistan. *Reproductive Health* [serial on the internet]. 2011; 8: 10 [cited 2012 Jun 3]. Available from: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/1742-4755-8-10>.
5. Ir P, Horemans D, Sook N, Damme VW. Using targeted vouchers and health equity funds to improve acces to skilled birth attendants for poor woman : a case study in three rural health district in Cambodia. *British Medical Council Pregnancy and Childbirth* [serial on the internet]. 2010; 10: 1 [cited 2011 Apr 5]. Available From : <http://www.biomedcentral.com/1471-2395/10/1>.
6. Thuan LT, Lofgren C, Lindholm L, Chuc NT. Choice of health care provider following reform in Vietnam. *British Medical Council Health Service Research*. 2007; 9: 214.
7. Utomo B, Suahya PK, Utami FR. Priorities and realities: addressing the rich-poor gaps in health status and service access in Indonesia. *International Journal for Equity in Health* [serial on the internet]. 2011; 10: 47 [cited 2012 Feb 25]. Available from : <http://www.equity-healthj.com/content/10/47>
8. Vialle-Valentin CE, Ross-Degnan D, Ntaganita J, Wagner AK. Medicine coverage and community based health insurance in low income countries. *Health Research Policy and Systems*. 2008; 6: 11.
9. Lee AC, Cousens S, Darmstadt GL, Blencowe H, Pattinson R, Moran NF, et al. Care during labor and birth for the prevention of intrapartum – related neonatal deaths : a systemic review and delphi estimation of mortality effect. *British Medical Council Public Health* [serial on the internet]. 2011; 11(Suppl 3): S10 [cited 2012 Jun 5]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S10>.
10. Bhattacharyya O, Khor S, Mc Gahan A, Dunne D, Daar AS, Singer PA. Innovative health service delivery model in low and middle income countries. What can we learn from the private sector. *Health Research Policy and System* [serial on the internet]. 2010; 8: 24 [cited 2011 Dec 6]. Available from: <http://www.health-policy-system.com/con>

- tent/8/1/24.
11. Rob U, Rahman M, Bellows B. Evaluation of impact of the voucher and accreditation approach on improving reproductive behaviour and rh status at Bangladesh. *British Medical Council Public Health* [serial on the internet]. 2011; 11: 257 [cited 2012 Aug 6]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/257>.
 12. Rahman SM, Ali NA, Jennings L, Seraji MHR, Mannan I, Shah R, et al. Factors affecting recruitment and retention of community health workers in a new born intervention in Bangladesh. *Human Resources for Health*. 2010; 8: 12.
 13. Stringhini S, Thomas S, Bidwell P, Mtui T, Mwisungu A. Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Human Resources for Health*. 2009; 7: 53.
 14. Roost M, Jonsson C, Liljestrand J, Essen B. Social differentiation & embodied dispositions : a qualitative study of maternal care seeking behaviour for near-miss morbidity in Bolivia. *Reproductive Health*. 2009; 6: 15.
 15. Maguma M, Requejo J, Campbell OM, Cousens S, Filippi V. High antenatal care coverage & low skill attendance in rural tanzanian district : a case for implementing a birth plan intervention. *British Medical Council Pregnancy Childbirth*. 2010; 10: 13.
 16. Siziya S, Muula AS, Rudatsikira E. Socio economic factors associated with delivery assisted by traditional birth attendants in Iraq. *British Medical Council International Health & Human Right*. 2009; 9: 7.
 17. Stanton CK, Newton S, Mullany LC, Cofie P, Agyemang CT, Adibokah E, et al. Impact on postpartum hemorrhage of prophylactic administration of oxytocin 10 IV via uniject by peripheral health care providers at home birth: design of a community based cluster-randomized trial. *British Medical Council Pregnancy & Childbirth* [serial on the internet]. 2012; 12: 42 [cited 2012 Nov 10]. Available from : <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/42>.
 18. Sreeramareddy CT, Joshi HS, Sreekumaran BV, Giri S, Chuni N. Home delivery and newborn care practices among urban women in Western Nepal: a questionnaire survey. *British Medical Council Pregnancy & Childbirth*. 2006; 6: 27.
 19. Tabatabaie MG, Moudi Z, Vedadhir A. Home birth and barriers to referring women with obstetric complications to hospitals: a mixed methods study in Zahedan, Southeastern Iran. *Reproductive Health* [serial on the internet]. 2012; 9: 5 [cited 2012 Nov 5]. Available at : <http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/5>.
 20. Shuval JT, Averbuch E. Complementary and alternative health care in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research* [serial on the internet]. 2012; 1: 7 [cited 2012 Dec 10]. Available from : <http://www.ijhpr.org/content/1/1/7>.
 21. Chowdhury HR, Thompson SC, Ali M, Alam N, Yunus M, Streatfield PK. Care seeking for fatal illness episodes in neonates: based study in Rural Bangladesh. *British Medical Council Pediatric*. 2011; 11 : 88.
 22. Wanjira C, Mwargi M, Mathenge E, Mbugua G, Nganga. Delivery practices & associated factors among mother seeking child welfare services in selected health facilities in Nyandarua South East Kenya. *British Medical Council Public Health*. 2011; 11: 360
 23. Sychareun V, Hansana V, Sumpet V, Xayavong S, Phengsavanh A, Popenoe R. Reasons rural laotians choose home delivery over delivery at health facilities: a qualitative study. *British Medical Council Pregnancy & Childbirth* [serial on the internet]. 2012; 12: 86 [cited 2012 Dec 5]. Available from : <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/86>.
 24. Steenkamp M, Rumbold A, Barclay L, Kildea S. A population based investigation into inequalities amongst indigenous mothers & newborns by place of residence in the northern territory, Australia. *British Medical Council Pregnancy & Childbirth* [serial on the internet]. 2012; 12: 44 [cited 2012 Dec 5]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/44>.