

**BAGIAN IKM-IKK
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**SKRIPSI
MEI 2012**

**STUDI KUALITATIF TENTANG PELAKSANAAN PROGRAM
JAMPERSAL DI PUSKESMAS JUMPANDANG BARU KOTA
MAKASSAR**



Oleh :

RAHMAWATI

(C111 07 250)

Pembimbing :

- 1. dr. M. Rum Rahim, M.Kes**
- 2. dr. Andi Alfian Zainuddin, MKM**

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK
PADA BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2012

RINGKASAN

**Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan
Kedokteran Komunitas
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin
Skripsi, Mei 2012**

RAHMAWATI

STUDI KUALITATIF TENTANG PELAKSANAAN PROGRAM JAMPERSAL DI PUSKESMAS JUMPANDANG BARU KOTA MAKASSAR

(xi + 58 halaman + 10 tabel + 10 lampiran)

Kesehatan Ibu dan Anak merupakan salah satu hak masyarakat terutama masyarakat miskin. Indonesia merupakan salah satu negara dengan tingkat angka kematian ibu dan anak sangat tinggi. Diperlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaan upaya pemenuhan hak kesehatan ibu dan anak. Dalam rangka memenuhi hak masyarakat terkait pemenuhan hak kesehatan ibu dan anak sebagaimana yang tercantum dalam Millenium Development Goals (MDG) yang merupakan kerangka kerja pembangunan yang disepakati seluruh anggota PBB, Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan untuk memfokuskan pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui jaminan persalinan. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 16 April – 28 April 2012 dengan metode kualitatif, pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam terhadap informan kunci dalam hal ini kepala puskesmas dan pihak – pihak puskesmas yang terkait dalam pelaksanaan program Jampersal di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar. Hasil penelitian yang diperoleh yaitu sistem pelayanan ada tiga hal yaitu jenis pelayanan yang mencakup semua jenis pelayanan yang ada di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar yang dapat dinikmati oleh peserta Jampersal, tidak ada perbedaan alur pelayanan dan sistem rujukan antara sebelum dan sesudah program Jampersal dilaksanakan. Sistem pembiayaan jaminan persalinan dimulai dari alokasi dana yang berasal dari Dinas Kesehatan Pusat dan disalurkan melalui PT Pos Indonesia dalam bentuk tabungan yang dananya langsung dicairkan oleh pihak Puskesmas Jumpandang Baru selanjutnya dimanfaatkan untuk kegiatan operasional puskesmas, jasa pelayanan atau jasa tenaga medis dan bahan habis pakai dimana dalam penentuan tarif pelayanan harus merujuk ke peraturan daerah (PERDA) atau SK Bupati atas usulan kepala dinas kabupaten. Pertanggungjawaban yaitu pihak puskesmas harus membuat laporan keuangan dan laporan kegiatan tiap bulannya ke dinas kesehatan kota. Harapan dari pihak puskesmas adalah adanya program ini tidak lagi ditemukan meningkatnya angka kematian ibu dan anak oleh karena tidak mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara paripurna.

Kepustakaan: 08(2000 – 2008)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan skripsi dengan judul “Studi Kualitatif Tentang Pelaksanaan Program JAMPERSAL Di Puskesmas Jumpandang Baru” sebagai salah satu syarat menyelesaikan kepaniteraan klinik pada bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Begitu banyak kesulitan dan hambatan dalam tahap persiapan, pelaksanaan dan penyelesaian skripsi ini. Namun, dengan bimbingan, dorongan, semangat, bantuan serta doa dari berbagai pihak, maka skripsi ini dapat diselesaikan. Untuk itu diucapkan banyak terima kasih dan penghargaan secara tulus dan ikhlas kepada yang terhormat:

1. dr. M. Rum Rahim, M.Kes selaku pembimbing I dan dr. Andi Alfian Zainuddin, MKM selaku pembimbing II yang dengan kesediaan, keikhlasan dan kesabaran meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan.
2. Kepala bagian dan staf pengajar Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, para Wakil Dekan, staf pengajar dan seluruh karyawan.

4. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dati I Provinsi Sulawesi Selatan
5. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dati II Kota Makassar
6. Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar.
7. Kepala Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar, Penanggung Jawab Pelaksana Program JAMPERSAL Puskesmas Jumpandang Baru, beserta seluruh staf dan bidan.
8. Kedua orang tua tercinta, bapak Drs. Sanudji Sande, SE dan ibu Rosmiati atas segala dukungan baik moril maupun materil, dan atas cinta kasihnya kepada penulis.
9. Adik – adik penulis, Syahrul Sanudji, Syafruddin Sanudji, Syaiful Sanudji, dan Rifka An-nisaa' Sanudji atas dukungan semangat dan doa mereka.
10. Teman – teman penulis, Rismayanti, S.Ked, Epi Fitrahwati, S.Ked, Rezki Hardiyanti Taufiq, S.Ked, Sri Hardiyanti Putri, S.Ked, Ismirawati, S.Ked, Khusnul Khotimah, S.Ked, Amalia Kurnia Ekasari, S.Ked, Hasmia, S.Ked dan Maharani, S.Ked atas dukungannya selama ini.
11. Semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu – persatu, namun bantuannya begitu besar manfaatnya.

Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa memberkati dengan berlipat ganda semua yang kalian lakukan melalui pikiran, perkataan maupun perbuatan.

Saya menyadari tulisan ini tidak luput dari salah dan khilaf, karena itu saran, kritik dan masukan dari pembaca adalah sesuatu yang senantiasa saya

harapkan demi kemajuan bersama harapan saya, semoga tulisan ini dapat bermanfaat.

Makassar, Mei 2012

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
RINGKASAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	
I.1 Latar Belakang	1
I.2 Rumusan Masalah	3
I.3 Tujuan Penelitian	4
I.4 Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
II.1 Tinjauan Umum Tentang Persalinan	6
II.2 Tinjauan Umum Tentang Puskesmas	13
II.3 Tinjauan Umum Tentang Jaminan Persalinan	17
BAB III KERANGKA KONSEP	
III.1 Dasar Pemikiran Fokus Penelitian	25
III.2 Pola Pikir Fokus Penelitian	25
III.3 Definisi Konseptual	26

BAB IV METODE PENELITIAN

IV.1 Metode Penelitian	28
IV.2 Lokasi Penelitian	28
IV.3 Waktu Penelitian	28
IV.4 Jenis dan Instrumen Penelitian	29
IV.5 Pemilihan Informan	29
IV.6 Manajemen Penelitian	29
IV.7 Keabsahan Data	31
IV.8 Etika Penelitian	31

BAB V GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

V.1 Keadaan Geografi	32
V.2 Keadaan Penduduk	33
V.3 Visi dan Misi Pemkes PKM Jumpandang Baru	38
V.4 Struktur Organisasi Puskesmas Jumpandang Baru	39
V.5 Falsafah Puskesmas Jumpandang Baru	40
V.6 Derajat Kesehatan	42
V.6.1 Angka Kematian	42
V.6.2 Angka Kesakitan	43

BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN

VI.1 Karakteristik Informan	45
VI.2 Hasil Penelitian	46

VI.3 Pembahasan	51
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	
VII.1 Kesimpulan	57
VII.2 Saran	58
DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Millennium Development Goals (MDG) merupakan kerangka kerja pembangunan yang telah disepakati seluruh anggota PBB, termasuk Indonesia. Terdapat 8 sasaran MDG, yaitu: (1) Memberantas kemiskinan dan kelaparan; (2) Mencapai pendidikan tingkat dasar yang merata dan universal; (3) Memajukan kesetaraan gender; (4) Mengurangi tingkat kematian anak; (5) Meningkatkan kesehatan ibu; (6) Menanggulangi HIV/AIDS; Malaria dan penyakit lain; (7) Menjamin kelestarian lingkungan; dan (8) Menjalinkan kerjasama global bagi perkembangan kesejahteraan.^{[1], [2]}

Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan tantangan yang lebih sulit dicapai dibandingkan target MDGs lainnya. Data terakhir AKI adalah 228 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007). Masih perlu upaya yang lebih keras guna mencapai target MDG pada 2015, yaitu AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup. Menkes (2011) mengatakan bahwa Angka kematian neonatal menunjukkan tren penurunan yang lambat. Padahal, target yang harus dicapai pada tahun 2015 adalah 23 per 1000 kelahiran hidup untuk AKB dan 32 per 1000 kelahiran hidup untuk AK Balita. Karena itu, keberhasilan imunisasi dan penanganan penyakit infeksi sangat besar kontribusinya.^[1]

Menkes (2011) menambahkan bahwa tingginya AKI dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi dan budaya. Penyebab utama kematian ibu, yaitu perdarahan pasca persalinan, eklamsia dan infeksi. Memperhatikan permasalahan yang dihadapi maka pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan merupakan salah satu upaya prioritas dalam penurunan AKI.^[1]

Dalam rangka mempercepat pencapaian tujuan pembangunan kesehatan nasional serta Millennium Development Goals (MDGs), pada tahun 2011 Kementerian Kesehatan meluncurkan kebijakan Jaminan Persalinan (Jampersal). Sebagaimana telah kita ketahui bersama dari beberapa pencapaian tujuan pembangunan kesehatan nasional serta MDGs, kita menghadapi berbagai hal yang multi kompleks seperti masalah budaya, pendidikan masyarakat, pengetahuan, lingkungan, kecukupan fasilitas kesehatan, sumberdaya manusia dan lainnya.^[1]

Dalam rangka menurunkan laju pertumbuhan penduduk (LPP), diantaranya dengan melakukan Revitalisasi KB yang antara lain merupakan salah satu program prioritas utama yang tertuang dalam Inpres Nomor 1 Tahun 2010 Tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional, dan juga merupakan salah satu sasaran MDGs kelima khususnya 5B dengan indikator yaitu meningkatkan CPR (*Contraception Prevalence Rate*) modern menjadi 65%; menurunkan unmetneed KB menjadi 5%; dan menurunkan angka kehamilan remaja 15%; pada tahun 2015. Dengan indikator-indikator tersebut, KB sangat menentukan keberhasilan pencapaian sasaran MDGs 5B. Untuk itulah, pada tahun

2012 ini, program JAMPERSAL diintegresikan bersama dengan program pelaksanaan Keluarga Berencana (KB).^[1]

Namun, tidak jauh dari program – program yang lainnya, JAMPERSAL ini pun memiliki berbagai kendala tersendiri dalam pelaksanaannya. Medan bisnis (2012) melaporkan bahwa program Jaminan Persalinan (Jampersal) gratis tahun 2011 dinilai tidak berjalan maksimal. Pasalnya, sejak program itu diluncurkan pada Januari 2011 lalu, baru satu kabupaten di Propinsi Sumatera Utara (Propsu) yang melaporkan ibu hamil yang masuk dalam program Jampersal. Destanul Aulia, pengamat kesehatan USU (2012) mengatakan program Jampersal belum sepenuhnya dirasakan oleh masyarakat akibat masih banyaknya warga yang tidak mengetahui bahwa pemerintah telah meluncurkan kegiatan tersebut.^{[2],[3]}

I.2 Fokus Penelitian

1. Bagaimana gambaran pelaksanaan program JAMPERSAL di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
2. Bagaimana gambaran sistem pelayanan program JAMPERSAL di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.
3. Bagaimana gambaran sistem pembiayaan program JAMPERSAL di Puskesmas Jumandang Baru Kota Makassar.

I.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan program JAMPERSAL di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mendapatkan gambaran sistem pelayanan program JAMPERSAL di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

b. Untuk mendapatkan gambaran sistem pembiayaan program JAMPERSAL di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

I.4 Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi informasi bagi pemerintah di tingkat kecamatan, kabupaten dan propinsi sehubungan dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis dalam program JAMPERSAL.

2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menilai tingkat keberhasilan pelaksanaan program JAMPERSAL di wilayah kecamatan Jumpandang Kota Makassar.

3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi khususnya bagi kalangan akademik dan masyarakat pada umumnya mengenai pelaksanaan program JAMPERSAL di Puskesmas.

4. Bagi peneliti sendiri merupakan pengalaman yang berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan, pengembangan diri, serta

menumbuhkan kepedulian mengenai permasalahan – permasalahan
kemasyarakatan khususnya dalam bidang kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Tinjauan Umum Tentang Jaminan Persalinan (JAMPERSAL)

1. Pengertian

Juknis Jampersal (2011) mendefinisikan Jampersal sebagai jaminan pembiayaan pelayanan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB paska persalinan dan pelayanan bayi baru lahir.^[1]

2. Ruang Lingkup JAMPERSAL

a. Pelayanan tingkat pertama

Pelayanan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar /PONED (untuk kasus-kasus tertentu), serta jaringannya termasuk Pos Bersalin Desa /Polindes dan Pos Kesehatan Desa /Poskesdes, fasilitas kesehatan swasta (bidan, dokter, klinik, rumah bersalin) yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Tim Pengelola Kabupaten/Kota.^[1]

Jenis pelayanan Jaminan persalinan di tingkat pertama meliputi:

- a. Pelayanan ante-natal care /ANC sesuai standar pelayanan KIA dengan frekuensi 4 kali.
- b. Deteksi dini faktor risiko, komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir.
- c. Pertolongan persalinan normal.

- d. Pertolongan persalinan dengan komplikasi dan atau penyulit pervaginam yang merupakan kompetensi Puskesmas PONEB.
- e. Pelayanan Nifas (post-natal care /PNC) bagi ibu dan bayi baru lahir sesuai standar pelayanan KIA dengan frekuensi 4 kali.
- f. Pelayanan KB pasca persalinan serta komplikasinya.
- g. Pelayanan rujukan terencana sesuai indikasi medis untuk ibu dan janin/bayinya. ^[1]

b. Pelayanan Persalinan Tingkat Lanjutan.

Pelayanan tingkat lanjutan untuk rawat jalan diberikan di poliklinik spesialis Rumah Sakit, sedangkan rawat inap diberikan di fasilitas perawatan kelas III di Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Tim Pengelola Kabupaten/Kota. ^[1]

Jenis pelayanan Persalinan di tingkat lanjutan meliputi:

- Pemeriksaan kehamilan (ANC) dengan risiko tinggi (risti).
- Pertolongan persalinan dengan risti dan penyulit yang tidak mampu dilakukan di pelayanan tingkat pertama.
- Penanganan komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir dalam kaitan akibat persalinan.
- Pemeriksaan paska persalinan (PNC) dengan risiko tinggi (risti).
- Penatalaksanaan KB pasca salin dengan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) atau kontrasepsi mantap (Kontap) serta penanganan komplikasi. ^[1]

c. Pelayanan Persiapan Rujukan.

Pelayanan persiapan rujukan adalah pelayanan pada suatu keadaan terjadinya kondisi yang tidak dapat ditatalaksana secara paripurna di fasilitas kesehatan tingkat pertama sehingga perlu dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Kasus tidak dapat ditatalaksana paripurna di fasilitas kesehatan karena keterbatasan SDM dan keterbatasan peralatan dan obat-obatan.
2. Dengan merujuk dipastikan pasien akan mendapat pelayanan paripurna yang lebih baik dan aman di fasilitas kesehatan rujukan.
3. Pasien dalam keadaan aman selama proses rujukan.^[1]

Untuk memastikan bahwa pasien yang dirujuk dalam kondisi aman sampai dengan penanganannya di tingkat lanjutan, maka selama pelayanan persiapan dan proses merujuk harus memperhatikan syarat-syarat sebagai berikut:

- Stabilisasi keadaan umum: Tekanan darah stabil/ terkendali, nadi teraba, pernafasan teratur dan Jalan nafas longgar, terpasang infus, tidak terdapat kejang/kejang sudah terkendali
- Perdarahan terkendali: Tidak terdapat perdarahan aktif, perdarahan terkendali, terpasang infus dengan aliran lancar 20-30 tetes per menit.
- Tersedia kelengkapan ambulansi pasien: Petugas kesehatan yang mampu mengawasi danantisipasi kedaruratan, cairan infus yang cukup

selama proses rujukan (1 kolf untuk 4- 6 jam) atau sesuai kondisi pasien, obat dan Bahan Habis Pakai (BHP) emergensi yang cukup untuk proses rujukan. ^[1]

3. Paket Manfaat JAMPERSAL

Peserta jaminan persalinan mendapatkan manfaat pelayanan yang meliputi:

1. Pemeriksaan kehamilan (ANC).

Pemeriksaan kehamilan (ANC) dengan tata laksana pelayanan mengacu pada buku Pedoman KIA. Selama hamil sekurang-kurangnya ibu hamil diperiksa sebanyak 4 kali dengan frekuensi yang dianjurkan sebagai berikut:

- a. 1 kali pada triwulan pertama
- b. 1 kali pada triwulan kedua
- c. 2 kali pada triwulan ketiga

2. Persalinan normal

3. Pelayanan nifas normal, termasuk KB pasca persalinan

4. Pelayanan bayi baru lahir normal

5. Pemeriksaan kehamilan pada kehamilan risiko tinggi

6. Pelayanan pasca keguguran

7. Persalinan per vaginam dengan tindakan emergensi dasar

8. Pelayanan nifas dengan tindakan emergensi dasar

9. Pelayanan bayi baru lahir dengan tindakan emergensi dasar

10. Pemeriksaan rujukan kehamilan pada kehamilan risiko tinggi

11. Penanganan rujukan pasca keguguran
12. Penanganan kehamilan ektopik terganggu (KET)
13. Persalinan dengan tindakan emergensi komprehensif
14. Pelayanan nifas dengan tindakan emergensi komprehensif
15. Pelayanan bayi baru lahir dengan tindakan emergensi komprehensif
16. Pelayanan KB pasca persalinan. ^[1]

Tatalaksana PNC dilakukan sesuai dengan buku pedoman KIA. Ketentuan pelayanan pasca persalinan meliputi pemeriksaan nifas minimal 3 kali. ^[1]

Pada pelayanan pasca nifas ini dilakukan upaya KIE/Konseling untuk memastikan seluruh ibu pasca bersalin atau pasangannya menjadi akseptor KB yang diarahkan kepada kontrasepsi jangka panjang seperti alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau kontrasepsi mantap/kontap (MOP dan MOW) untuk tujuan pembatasan dan IUD untuk tujuan penjarangan, secara kafeteria disiapkan alat dan obat semua jenis kontrasepsi oleh BKKBN. ^[1]

Agar tujuan tersebut dapat tercapai, perlu dilakukan koordinasi yang sebaik-baiknya antara tenaga di fasilitas kesehatan/pemberi layanan dan Dinas Kesehatan selaku Tim Pengelola serta SKPD yang menangani masalah keluarga berencana serta BKKBN atau (BPMP KB) Propinsi. ^[1]

4. Pendanaan JAMPERSAL

Pendanaan Persalinan dilakukan secara terintegrasi dengan Jamkesmas. Pengelolaan dana Jaminan Persalinan, dilakukan sebagai bagian dari pengelolaan dana Jamkesmas pelayanan dasar. Pengelolaan dana

Jamkesmas dilakukan oleh Dinas Kesehatan selaku Tim. Pengelola Jamkesmas Tingkat Kabupaten/Kota.^[1]

1. Ketentuan Umum Pendanaan

- a. Dana Jaminan Persalinan di pelayanan dasar disalurkan ke kabupaten/kota, terintegrasi dengan dana Jamkesmas di pelayanan kesehatan dasar, sedangkan untuk jaminan persalinan tingkat lanjutan dikirimkan langsung ke rumah sakit menjadi satu kesatuan dengan dana Jamkesmas yang disalurkan ke rumah sakit.
- b. Pendanaan Jamkesmas di pelayanan dasar dan Jaminan Persalinan merupakan belanja bantuan sosial bersumber dari dana APBN yang dimaksudkan untuk mendorong percepatan pencapaian MDGs pada tahun 2015, sekaligus peningkatan kualitas pelayanan kesehatan termasuk persalinan oleh tenaga kesehatan difasilitas kesehatan, sehingga pengaturannya tidak melalui mekanisme APBD, dengan demikian tidak langsung menjadi pendapatan daerah.
- c. Dana belanja bantuan sosial sebagaimana dimaksud pada huruf (b) adalah dana yang diperuntukkan untuk pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas dan pelayanan persalinan bagi seluruh ibu hamil/bersalin yang membutuhkan.
- d. Setelah dana tersebut sebagaimana dimaksud huruf (b) dan huruf (c), disalurkan pemerintah melalui SP2D ke rekening Kepala Dinas Kesehatan sebagai penanggungjawab program, maka status dana

tersebut berubah menjadi dana masyarakat (sasaran), yang ada di rekening dinas kesehatan.

- e. Setelah dana tersebut sebagaimana dimaksud pada huruf (c) digunakan oleh Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas kesehatan lainnya (yang bekerjasama), maka status dana tersebut berubah menjadi pendapatan fasilitas kesehatan.
- f. Pemanfaatan dana jaminan persalinan pada pelayanan lanjutan mengikuti mekanisme pengelolaan pendapatan fungsional fasilitas kesehatan dan berlaku sesuai status rumah sakit tersebut.^[1]

2. Sumber dan Alokasi Dana

- Sumber dana

Dana Jaminan Persalinan bersumber dari APBN Kementerian Kesehatan yang dialokasikan pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Sekretariat Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan.^[1]

- Alokasi Dana

Alokasi dana Jaminan Persalinan di Kabupaten/Kota diperhitungkan berdasarkan perkiraan jumlah sasaran yang belum memiliki jaminan persalinan di daerah tersebut dikalikan besaran biaya paket pelayanan persalinan tingkat pertama.^[1]

II.2 Tinjauan Umum Tentang Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat)

Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) di Indonesia mulai dikembangkan sejak dicanangkannya Pembangunan Jangka Panjang (PJP) yang pertama tahun 1971 didahului dengan beberapa proyek rintisan Puskesmas di beberapa propinsi. Sebelum era tahun 70-an, kebijakan pembangunan sarana pelayanan kesehatan lebih banyak diarahkan untuk membangun rumah sakit yang umumnya terletak di perkotaan, sehingga tidak mudah diakses oleh sebagian besar masyarakat yang tinggal di pedesaan. Puskesmas dibangun untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh dan terpadu bagi seluruh masyarakat yang tinggal di wilayah kerjanya. Program kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk melindungi penduduknya, termasuk mengembangkan program khusus untuk penduduk miskin.^[8]

Sesuai dengan peraturan Mendagri No.5/74, Puskesmas secara administratif berada di bawah administrasi Pemerintah Daerah Kabupaten (bupati selaku kepala daerah), tetapi secara medis teknis mendapat pembinaan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan Propinsi. Wewenang untuk menetapkan luas wilayah kerja puskesmas dilakukan oleh bupati/ walikota berdasarkan saran Kepala Dinas Kesehatan.^[8]

Puskesmas, yang merupakan unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten mempunyai 3 fungsi utama yaitu:

2. Sebagai pusat pengembangan kesehatan wilayah, artinya berfungsi membina dan mengontrol kesehatan wilayah dan rakyatnya, seperti mengawasi (melalui surveilans) dan mencegah penyakit menular serta penyakit lain dalam masyarakat, memperbaiki kesehatan lingkungan seperti pengawasan tempat – tempat umum.
3. Pemberi pelayanan kesehatan dan kedokteran secara menyeluruh (*holistic*), paripurna, terpadu dan berkesinambungan kepada rakyat di wilayah kerja, seperti pengobatan umum, kesehatan gigi, kesehatan ibu dan anak, KB, perbaikan gizi, penyuluhan kesehatan.
4. Pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan dengan pendekatan PKMD, posyandu yang terdiri dari penimbangan balita secara berkala, penyuluhan dan perbaikan gizi, penyediaan oralit mencegah kematian akibat diare, imunisasi, keluarga berencana untuk tujuan pencegahan kesakitan dan kematian balita dengan pemantauan yang baik menggunakan KMS, balok SKDN dan sistem 5 meja agar benar – benar dapat mewujudkan peran serta masyarakat. Ketiga fungsi utama ini harus terlaksana dengan baik, dengan manajemen yang baik serta pembinaan dan pengawasan dari Dinas Kesehatan Kabupaten.^[8]

Setelah 32 tahun puskesmas dikembangkan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di Indonesia, reformasi dan sistem desentralisasi yang mulai dikembangkan tahun 2001 menghendaki adanya perubahan visi, misi dan strategi puskesmas. Kebutuhan untuk mengkaji kembali peran dan manajemen puskesmas tertuang di dalam UU No. 22 dan 25 tahun 1999 tentang desentralisasi dan

otonomi daerah. Reformasi kebijakan kesehatan merupakan strategi jangka panjang pembangunan berwawasan kesehatan untuk mewujudkan Indonesia sehat pada tahun 2010 (IS '10). Untuk itu, pengembangan dan manajemen puskesmas harus disesuaikan dengan semangat reformasi.^{[8],[9]}

Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh (*comprehensive health care services*) kepada seluruh masyarakat di wilayah kerjanya, puskesmas menjalankan beberapa usaha pokok (*basic health care services*, atau *public health essential*) yang meliputi program :

- a. Kesehatan Ibu dan Anak
- b. Keluarga Berencana
- c. Pemberantasan Penyakit Menular
- d. Peningkatan Gizi
- e. Kesehatan Lingkungan
- f. Pengobatan
- g. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- h. Laboratorium
- i. Kesehatan Sekolah
- j. Perawatan Kesehatan Masyarakat
- k. Kesehatan Jiwa
- l. Kesehatan Gigi^[9]

Semua kegiatan program pokok yang dilaksanakan di puskesmas dikembangkan berdasarkan program pokok pelayanan kesehatan (*basic health care services*) seperti yang dianjurkan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) yang

dikenal dengan “Basic Seven” WHO. Basic seven tersebut terdiri dari MCHC (Maternal and Child Health Care), MC (Medical Care), ES (Environmental Sanitation), HE (Health Education) untuk kelompok – kelompok masyarakat, Simple Laboratory (Lab Sederhana), CDC (Communicable Disease Control), dan simple statistic (recording/ reporting atau pencatatan dan pelaporan).^[8]

Dari ke-12 program pokok puskesmas, basic seven WHO harus lebih diprioritaskan untuk dikembangkan sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerjanya, kemampuan sumberdaya manusia (staf) yang dimiliki oleh puskesmas, dukungan sarana/ prasarana yang tersedia di puskesmas, dan peran serta masyarakat.^{[8],[9]}

Kenyataannya, staf puskesmas masih merasa wajib menjalankan semua program pokok puskesmas tersebut ditambah lagi dengan beberapa program baru yang ditawarkan oleh Dirjen Binkemas Departemen Kesehatan RI. Puskesmas sebenarnya tidak wajib melaksanakan ke-16-18 program pokok tersebut jika kemampuan staf untuk melakukan tidak memadai. Tidak semua program tersebut mampu dilaksanakan oleh staf puskesmas secara efektif dan berkualitas.^{[8],[9]}

Jika mengacu kepada definisi Public Health menurut Winslow, pengembangan program kesehatan masyarakat di suatu wilayah terdiri dari tiga komponen pokok yaitu kegiatan yang berhubungan dengan upaya pencegahan penyakit (*preventing disease*) dan memperpanjang hidup (*prolonging life*) melalui usaha – usaha kesehatan lingkungan, imunisasi, pendidikan kesehatan dan pengenalan penyakit secara dini (surveilans, penimbangan balita, ANC, dan sebagainya). Kedua upaya tersebut harus dilakukan dengan meningkatkan *peran*

serta masyarakat (community participation) melalui kelompok – kelompok masyarakat yang terorganisir. ^[8]

II.3 Tinjauan Umum Tentang Persalinan

1. Definisi

Manuaba (1998) mengatakan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) yang telah cukup bulan atau hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Nugroho Kampono (2008) adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup, dari dalam uterus melalui vagina atau jalan lain ke dunia luar. Depkes RI (2004) persalinan adalah proses dimana bayi , plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim. Rustam (1998) persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain. (Mansjoer, 1999) persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. (Sarwono Prawirohardjo, 2005) mengatakan persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan dimana janin dan ketuban turun ke dalam jalan lahir dan didorong keluar melalui jalan lahir. ^{[4],[5],[6]}

Jadi dapat disimpulkan persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi dari dalam rahim ke dunia luar melalui jalan lahir atau jalan lain.

2. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Faktor Internal

5. Umur

Usia yang dipandang memiliki risiko saat melahirkan adalah di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Sedangkan antara 20-35 tahun dari segi usia risiko melahirkannya nol. Untuk yang usia di bawah 20 tahun, risiko kehamilannya karena alat-alat atau organ reproduksinya belum siap untuk menerima kehamilan dan melahirkan. Alat-alat reproduksi yang belum siap itu antara lain organ luar seperti liang vagina, bibir kemaluan, muara saluran kencing dan perinium (batas antara liang vagina dan anus) tidak siap untuk bekerja mendukung persalinan. Begitu pula halnya dengan organ dalam seperti rahim, saluran rahim dan indung telur. Wanita muda yang umurnya di bawah 20 tahun terhitung masih dalam proses pertumbuhan. Memang mereka sudah mendapatkan haid (menstruasi), namun sebenarnya bukan berarti organ reproduksinya sudah matang seratus persen. Sedangkan untuk wanita dewasa berusia lebih dari 35 tahun ke atas, kondisi organ-organ reproduksinya berbanding terbalik dengan yang di bawah 20 tahun. Pada usia itu wanita mulai mengalami proses penuaan. Dengan kondisi seperti itu maka terjadi regresi atau kemunduran dimana alat reproduksi tidak sebagus layaknya normal, sehingga sangat berpengaruh padapenerimaan kehamilan dan proses melahirkan (Emon, 2007). Selain berpengaruh pada penerimaan kehamilan dan proses melahirkan, kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun juga berisiko untuk melahirkan bayi premature.^{[4]. [7]}

6. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim meliputi bagian serviks yang terlibat pendataran dan pembukaan, dengan demikian dapat menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum, dan oleh karenanya bagian terdepan janin sering sekali terkendala memasuki bagian atas panggul. Sehingga mengganggu kehamilan proses persalinan dengan terjadinya perdarahan.^[7]

Terdapat tiga komplikasi yang bisa terjadi dan dapat menimbulkan pendarahan yang cukup banyak pada ibu. Pertama, oleh karena pembentukan segmen rahim secara ritmik terjadilah pelepasan tapak plasenta dari tempat insersinya lalu terjadi pendarahan yang tidak dapat di cegah yang terjadi berulang kali sehingga penderita menjadi anemia bahkan syok. Kedua, karena plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan sifat segmen ini yang tipis maka jaringan trofoblas dengan invasinya dengan mudah menerobos ke dalam miometrium bahkan ke perimetrium dan menjadi sebab dari kejadian plasenta akreta dan bahkan inkreta. Ketiga, serviks dan leher bawah rahim yang rapuh dan kaya pembuluh darah sangat potensial untuk robek dengan disertai pendarahan yang banyak. Selain itu sering juga terjadi kesalahan letak anak pada plasenta previa dimana hal ini memaksa diambilnya tindakan operasi dengan

segala konsekuensinya. Komplikasi terhadap bayi baru lahir adalah prematur dan kegawatan karena hipoksia (Chalik, 1998).^[7]

7. Pre-eklamsia

Pre-eklamsi adalah tekanan darah 140/90 mmHg setelah kehamilan 20 minggu disertai dengan protein uria ≥ 300 mg/24 jam atau pemeriksaan dengan dipstick $\geq 1 +$ (Roeshadi, 2006). Pre-eklamsi terjadi pada 5% kehamilan dan lebih sering ditemukan pada kehamilan pertama dan pada wanita yang sebelumnya menderita tekanan darah tinggi atau penyakit pembuluh darah. Bayi yang dilahirkan dari ibu yang menderita pre-eklamsi, 4-5 kali lebih rentan terhadap kelainan yang timbul segera setelah lahir. Bayi yang dilahirkan juga mungkin kecil karena adanya kelainan fungsi plasenta atau karena lahir prematur.^[7]

8. Penyakit Jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Jantung yang normal dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan, yaitu dorongan diafragma oleh besarnya hamil sehingga dapat mengubah posisi jantung dan pembuluh darah dan terjadi perubahan dari kerja jantung. Pada kehamilan terdapat peningkatan denyut jantung ibu untuk mengimbangi pertumbuhan dan

perkembangan janin dalam rahim sekitar 10 denyut setiap menit sehingga selama hamil akan terjadi peningkatan sebanyak 41.172.000 denyutan. Bagi jantung yang normal, peningkatan tersebut dapat diimbangi sehingga tidak mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Pada penyakit jantung yang disertai kehamilan, penambahan denyut jantung dapat menguras cadangan kekuatan jantung sehingga terjadi keadaan payah jantung. Akibatnya dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim sehingga dapat menyebabkan terjadinya keguguran, persalinan prematur atau berat badan lahir rendah, kematian perinatal dan pertumbuhan dan perkembangan bayi mengalami hambatan intelegensia atau fisik (Manuaba, 1998).^[7]

B. Eksternal

1. Pendidikan

Pendidikan pada hakekatnya merupakan usaha sadar untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan luar sekolah seumur hidup sehingga semakin makin matang dalam menghadapi dan memecahkan berbagai problem termasuk problem kesehatan dalam rangka menekan risiko kematian. Pendidikan ibu sangat erat kaitannya dengan reaksi serta pembuatan keputusan rumah tangga terhadap penyakit. Ini terlihat bahwa kematian balita yang rendah dijumpai pada golongan wanita yang mempunyai pendidikan yang tinggi. Menurut Utomo (1984) tinggi rendahnya tingkat

pendidikan ibu erat kaitannya dengan tingkat pengertian terhadap perawatan kesehatan, higiene, dan perlunya pemeriksaan kehamilan (Santiyasa, 2004). Rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya informasi yang menyebabkan masih banyaknya ibu-ibu yang kurang menyadari pentingnya pemeriksaan kehamilan menyebabkan tidak terdeteksinya faktor-faktor risiko tinggi yang mungkin dialami oleh mereka. Risiko ini baru diketahui pada saat persalinan yang sering kali karena kasusnya sudah terlambat sehingga dapat membawa akibat fatal. (Maas, 2004). Sebagai akibat dari kurangnya kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kehamilan dapat berdampak pada terjadinya persalinan prematur karena tidak terdeteksinya berbagai masalah kesehatan pada ibu (Husnina, 2006).^[7]

2. Jarak kehamilan

Jarak kehamilan yang terlalu dekat yaitu kurang dari 24 bulan merupakan jarak kehamilan yang berisiko tinggi sewaktu melahirkan (Tukiran, 2008). Pada wanita yang melahirkan anak dengan jarak yang sangat berdekatan (di bawah dua tahun), akan mengalami peningkatan risiko terhadap terjadinya perdarahan pada trimester ke tiga, termasuk karena alasan plasenta previa, anemia atau kurang darah, ketuban pecah awal, endometriosis masa nifas serta yang terburuk yakni kematian saat melahirkan (Dian, 2004). Selain itu wanita yang hamil dengan jarak terlalu dekat berisiko tinggi mengalami komplikasi di antaranya kelahiran prematur, bayi dengan

berat badan rendah, bahkan bayi lahir mati. Meningkatnya risiko ini tidak berkaitan dengan faktor risiko lain, seperti komplikasi pada kehamilan pertama, usia ibu waktu melahirkan, dan status ekonomi ibu. jarak kehamilan terlalu dekat menyebabkan ibu punya waktu yang terlalu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya. Setelah rahim kembali ke kondisi semula, barulah merencanakan punya anak lagi (Ros, 2003).^[7]

3. Antenatal Care

Antenatal care adalah metode pendeteksian yang melibatkan pemeriksaan rutin sejak masa kehamilan dini. Sebuah tes yang dapat membantu calon orangtua untuk mendapatkan mendiagnosa kecenderungan bayi lahir cacat atau normal. Sehingga jika ada kemungkinan ketidaknormalan pada janin calon orangtua serta dokter yang menangani dapat segera mengambil tindakan. Pemeriksaan antenatal (antenatal care) memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai selama hamil secara dini. Sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinan. Diketahui bahwa janin dalam rahim dan ibunya merupakan satu kesatuan yang saling mempengaruhi, sehingga kesehatan ibu yang optimal akan meningkatkan kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan janin. Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pengawasan antenatal sebanyak empat kali yaitu pada

setiap trimester, sedangkan trimester terakhir sebanyak dua kali (Manuaba, 1998).^[7]

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Husnina tahun 2006 menyatakan bahwa salah satu pencegahan terjadinya persalinan prematur bagi ibu hamil adalah menggunakan kesempatan periksa hamil dan memperoleh pelayanan antenatal yang baik. Diharapkan dengan pemeriksaan antenatal yang teratur maka kehamilan dan persalinan dapat berjalan dengan aman (Husnina, 2006).^[7]